

Hermanos de
San Juan de Dios
Barcelona

Año 47. Segunda época. Enero - Febrero - Marzo 1995
Número 235. Volumen XXVII

CONSEJO DE REDACCIÓN

Director

MIGUEL MARTÍN

Redactores

MARIANO GALVE
JOAQUÍN PLAZA
CALIXTO PLUMED
FRANCISCO SOLA

Administración

JOSÉ ANTONIO TORRE

Secretaría de Dirección

LOURDES COLL
EDUARDO GARCÍA

CONSEJO ASESOR

FRANCISCO ABEL
FELIPE ALÁEZ
M.ª CARMEN ALARCÓN
MIGUEL A. ASENJO
MANUEL CEBEIRO
ESPERANZA CACHÓN
ÁNGEL CALVO
JESÚS CONDE
RUDESINDO DELGADO
JOAQUÍN ERRERA
FRANCISCO DE LLANOS
PILAR MALLA
JAVIER OBIS
JOSÉ A. PAGOLA

DIRECCIÓN

Curia Provincial
Hermanos de San Juan de Dios
Carretera Esplugas s/n
Teléfono 280 40 00
08034 Barcelona

Publicación autorizada por el Ministerio
de Sanidad como Soporte Válido. Ref.
SVR n.º 401.

ISSN 0211-8268

Depósito Legal: B. 2998-61

EGS - Rosario, 2 - Barcelona

Sumario

I

EDITORIAL

I-1	XIX Jornadas Nacionales de Pastoral de la Salud	5
	Mensaje del Santo Padre con motivo de la Tercera Jornada Mundial del Enfermo	7

II

ANÁLISIS DE LA REALIDAD

II-1	El mosaico del sufrimiento en el mundo de la enfermedad	10
	Jesús Conde Herranz	

El sufrimiento en la enfermedad

II-1a	El sufrimiento de un niño, la fragilidad de Dios	15
	Inés M. Barrio Cantalejo	
II-1b	El sufrimiento de las personas mayores enfermas	19
	Herminio Royuela	
II-1c	El sufrimiento del enfermo oncológico	24
	Doctor A. Brugarolas	
II-1d	El sufrimiento del enfermo mental	27
	Fidel Villaverde	
II-1e	El sufrimiento del enfermo de Sida	31
	Javier Barbero	
II-1f	El sufrimiento de quien ha perdido a un ser querido	35
II-1g	El sufrimiento de los que asisten a los enfermos	36
II-1h	Acercamiento al dolor de los enfermos	45
	Delegación Pastoral Sanitaria. Sevilla	

(Sigue)

Sumario

(Continuación)

II-1i	Cartas sobre el dolor Carta de Paul Claudel Cartas de Emmanuel Mounier	52
II-2	Actitudes y comportamientos ante el sufrimiento Salvador Urraca Martínez	57
II-3	El sufrimiento en los medios de comunicación social José Luis Gago de Val	64
III		
ILUMINACIÓN DEL SUFRIMIENTO		
III-1	Claves psicológicas para una vivencia del sufrimiento en la enfermedad Mariano Galve Moreno	67
III-2	Claves bíblico-teológicas para vivir cristianamente el sufrimiento Francisco Álvarez	76
III-3	El sentido del silencio de Dios Alfonso López Quintás	85
III-4	El sufrimiento en el magisterio de Juan Pablo II Miguel Ángel Monge	90
III-5	El sufrimiento en la poesía española contemporánea José Antonio Carro Celada	94
IV		
RESPUESTA PASTORAL		
IV-1	Cómo tratar con los jóvenes el tema del sufrimiento Herminio Otero y Antonio Sánchez	101
IV-2	Cómo tratar con los niños el tema del sufrimiento	106
IV-3	Claves para la asistencia integral y la atención pastoral a los que sufren José Carlos Bermejo	109
IV-4	Abordaje ético del sufrimiento en el mundo sanitario Francisco de Llanos	123
V	Bibliografía sobre el sufrimiento	127

O.H.S.J.D.
CURIA PROVINCIAL
SANT BOI
5.E.30

LH

I-1

XIX JORNADAS NACIONALES DE PASTORAL DE LA SALUD

LABOR HOSPITALARIA cede su voz a la declaración conjunta de los delegados diocesanos de pastoral de la salud reunidos en Madrid con motivo de las XIX Jornadas Nacionales, ya que el tema tratado en éstas ha sido el sufrimiento en la enfermedad.

Las personas que se reunieron allí son las más indicadas para presentarnos este tema ya que viven día a día el dolor que conlleva la enfermedad en pacientes, familiares y profesionales que les asisten. Desde su fe cristiana, nos dan claves para vivir sanamente el sufrimiento.

Cuando todavía no se han apagado los ecos del congreso nacional *Iglesia y Salud*, de nuevo nos hemos congregado en Madrid, del 28 al 30 de noviembre, representantes de la comunidad eclesial que vive y trabaja en el mundo de la salud. Era la XIX reunión de los delegados diocesanos. El tema, complejo y apasionante: «El sufrimiento en la enfermedad: claves para una vivencia sana».

¿Es posible vivir *sanamente* el sufrimiento? El interrogante sabe a desafío, sobre todo en una sociedad en la que, a pesar de los intentos de ignorar el sufrimiento, las personas siguen sufriendo y buscan ante él respuestas resolutivas, posiblemente sólo técnicas.

Los reunidos somos testigos directos de los innumerables rostros de dolor que dibuja la enfermedad en los pacientes, en sus familias y en quienes les asisten y cuidan. Hemos escuchado testimonios de enfermos para quienes el sufrimiento ha significado una experiencia de crecimiento humano y espiritual. Apoyados en esta experiencia, creemos que es posible vivir sanamente el sufrimiento. Ahora bien, al estar el dolor íntimamente ligado al misterio de la persona, cada uno le imprime su propio sello. No hay, pues, recetas con validez universal. Existen, sin embargo, claves que pueden dar luz en la oscuridad, esperanza en la desesperación, solidaridad en la soledad, alivio y bálsamo en la aflicción.

He aquí sólo algunas de las muchas *claves* que se han apuntado:

- El sufrimiento es, de suyo, un mal que afecta siempre de algún modo a la totalidad de la persona. Quienes creen en Cristo, y en su nombre hacen suya la causa de la salud y de la salvación, han de luchar con las armas del bien contra toda manifestación y experiencia del mal.
- Un sano realismo psicológico, sociológico y evangélico nos confirma cada día, sin embargo, en la persistente e inmensa sinfonía de sufrimientos inevitables o, en todo caso, inevitados. Ante ellos, la conciencia del creyente no puede eludir, por un lado la necesidad de educarse y de educar en el *arte de sufrir*, y, por otro, la primacía de la solidaridad que muestra el rostro bondadoso de Dios, íntimamente implicado en la historia de los hombres.
- Constatamos que en la sociedad, al lado de innumerables gestos de solidaridad, conviven signos claros de marginación y un tratamiento, a veces irrespetuoso para con la intimidad de quienes sufren.
- El sufrimiento humano en la enfermedad amenaza la integridad biológica y biográfica de la persona. No se puede tratar, pues, la enfermedad sin tratar al mismo tiempo el sufrimiento, ni éste puede ser encomendado sólo a la técnica. El *arte de curar* se convierte en atención integral y en acompañamiento que dignifica y devuelve el protagonismo al sufriente.
- El cristianismo no se distingue tanto por sus respuestas teóricas al sufrimiento humano cuanto por las actitudes que suscita en creyentes y sufrientes. Cristo no vino, de hecho, a explicar el sufrimiento ni su razón última, sino a liberarnos de él, a reconciliarnos con los sufrimientos inevitables, a enseñarnos a amar hasta las últimas consecuencias, hasta dar la vida por los demás.
- En nuestra tarea pastoral no nos mueve, por tanto, el deseo de *justificar* a Dios por la existencia del mal o de buscar *culpables* que den razón del mismo. La fe en Cristo misericordioso y resucitado nos lleva, no obstante, a creer que el sufrimiento no tiene la última palabra, que puede ser vivido como experiencia salvífica y como una constante oportunidad para el amor: el único capaz de vencer a la misma muerte.
- Ante el sufrimiento de tantos inocentes, víctimas de la injusticia humana o de las agresiones de este mundo, también nosotros sentimos interpelada y sacudida nuestra fe y nuestra conciencia. No basta, sin embargo, el lamento ni apelar al escándalo. Cuanto mayor es el mal, mayor ha de ser el compromiso por el bien.
- Porque creemos en la dignidad de cada persona y en su carácter único e irrepetible, consideramos que ser solidarios significa ante todo ser sensibles y respetuosos con lo que acontece en quien sufre y aceptar la propia impotencia ante su soledad. En la debilidad de nuestra presencia y de nuestras respuestas Dios sigue realizando la obra maravillosa de su salvación.
- Porque esperamos una salvación que ya está maravillosamente presente, nuestra aportación específicamente cristiana consiste en ayudar a descubrir el valor terapéutico de la esperanza, en llevar en nuestro rostro los signos del Resucitado y en evocar a Aquel cuya presencia lo llena todo y cuya luz es capaz de penetrar también en la noche oscura del sufrimiento más hondo.

MENSAJE DEL SANTO PADRE CON MOTIVO DE LA TERCERA JORNADA MUNDIAL DEL ENFERMO

(11 de febrero de 1995)

Los gestos de salvación de Jesús hacia «quienes eran esclavos del mal» (Mis. Rom., Pref. Com. VII) han encontrado siempre una continuación significativa en la solicitud de la Iglesia hacia los enfermos. Por ello, ésta manifiesta a los que sufren su atención de formas muy diferentes, entre las cuales goza de particular relevancia, en el contexto actual, la institución de la *Jornada Mundial del Enfermo*. Esta iniciativa, que ha conocido una gran acogida entre quienes se interesan por la condición de las personas que sufren, pretende imprimir un nuevo estímulo a la acción pastoral y caritativa de la comunidad cristiana, de tal manera que la misma asegure una presencia cada vez más eficaz e incisiva en la sociedad.

Es ésta, una exigencia especialmente sentida en nuestro tiempo, que contempla cómo poblaciones enteras viven entre enormes calamidades a causa de crueles conflictos cuyo precio más alto suele ser pagado por los débiles. ¿Cómo no reconocer que nuestra civilización «debería darse cuenta de que, bajo diferentes puntos de vista, es una civilización *enferma*, que genera profundas alteraciones en el hombre»? (Carta a las Familias, n. 20).

Está *enferma* por el desencadenado egoísmo, por el utilitarismo individualista propuesto a menudo como modelo de vida, por la negación o la indiferencia que, a veces, se demuestra hacia el destino trascendente del hombre, por la crisis de valores espirituales y morales que tanto preocupa a la humanidad. La *patología* del espíritu no es menos peligrosa que la *patología* física, y ambas se influyen recíprocamente.

En el mensaje para la Jornada del Enfermo del año pasado recordé el décimo aniversario de la publicación de la Carta Apostólica *Salvifici doloris*, que trata del significado cristiano del sufrimiento humano. En esta ocasión quisiera atraer la atención sobre la proximidad de la década de otro acontecimiento eclesial muy significativo para la pastoral de los enfermos. Con el Motu proprio *Dolentium hominum*, de 11 de febrero de 1985, instituí la Pontificia Comisión, que fue después Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios, el cual, a través de múltiples iniciativas, «manifiesta la solicitud de la Iglesia hacia los enfermos ayudando a aquellos que desarrollan un servicio hacia los enfermos y los que sufren, a fin de que el apostolado de la misericordia, con el que les asisten, responda cada vez mejor a las nuevas exigencias». (Cost. Apost. *Pastor Bonus*, art. 152).

La cita más importante de la próxima Jornada Mundial del Enfermo, que celebraremos el 11 de febrero de 1995, tendrá lugar en tierras africanas, en el Santuario de María Reina de la Paz de Yamoussoukro, en Costa de Marfil. Será un encuentro eclesial espiritualmente vinculado a la Asamblea Especial para África del Sínodo de Obispos; será, al mismo tiempo, una ocasión para participar en el gozo de la Iglesia de Costa de Marfil, que recuerda el centenario de la llegada de los primeros misioneros.

Encontrarse en el continente africano para una conmemoración tan significativa y emotiva, y especialmente en el Santuario mariano de Yamoussoukro, invita a una reflexión sobre la *relación entre el dolor y la paz*. Se trata de una relación muy profunda: cuando no hay paz, el sufrimiento se extiende y la muerte dilata su poder entre los hombres. En la comunidad social y en la familiar, cuando el entendimiento pacífico se debilita, se produce una proliferación de atentados a la vida, mientras que el servicio a la vida, su promoción y defensa, aún a costa del sacrificio personal, constituyen la premisa indispensable para una auténtica construcción de la paz individual y social.

En los umbrales del tercer Milenio la paz es, desgraciadamente, aún lejana, y los síntomas de un posible ulterior alejamiento no son pocos. La identificación de las causas y la búsqueda de los remedios aparecen a menudo fatigosas. Incluso entre los cristianos a veces se consuman sangrientas luchas fratricidas. Pero quienes se sitúan con ánimo abierto a la escucha del Evangelio no pueden cansarse de reclamarse a sí mismos y a los demás el compromiso del perdón y de la reconciliación. En el altar de la trépida oración cotidiana están llamados a presentar, junto con los enfermos de todo el mundo, a presentar la ofrenda del sufrimiento que Cristo ha aceptado como medio para redimir a la humanidad y salvarla.

La Cruz de Cristo, en la que todos hemos sido salvados, es la fuente de la paz. El cristiano, llamado a la unión con Cristo (cfr. *Col* 1, 24) y a sufrir como Cristo (cfr. *Lc* 9, 23; 21, 12-19; *Jn* 15, 18-21), con la aceptación y el ofrecimiento del sufrimiento, anuncia la fuerza constructiva de la Cruz. En efecto, si la guerra y la división son fruto de la violencia y del pecado, la paz es fruto de la justicia y del amor, que tiene su vértice en el ofrecimiento generoso del sufrimiento personal llevado —si es necesario— hasta el don de la propia vida en unión con Cristo. «Cuanto más amenazado se encuentra el hombre por el pecado, tanto más pesadas son las estructuras del pecado que lleva consigo el mundo de hoy, tanto mayor es la elocuencia que posee en sí el sufrimiento humano. Y tanto más la Iglesia siente la necesidad de recurrir al valor de los sufrimientos humanos para la salvación del mundo» (Carta Apost. *Salvifici doloris*, n. 27).

La valoración del sufrimiento y su ofrecimiento por la salvación del mundo son ya en sí acción y misión de paz, porque por el testimonio valeroso de los débiles, de los enfermos y de los que sufren, puede surgir la mayor contribución para la paz. El sufrimiento, en efecto, solicita una comunión espiritual más profunda, favoreciendo, por un lado la recuperación de una mayor calidad de la vida y promoviendo, por otra parte, el compromiso convencido para la paz entre los hombres.

El creyente sabe que, asociándose a los sufrimientos de Cristo, se convierte en un auténtico operador de paz. Es un misterio insondable, cuyos frutos aparecen con evidencia en la historia de la Iglesia y, especialmente, en la vida de los santos. Si existe un sufrimiento que provoca la muerte, existe también, según el plan de Dios,

un sufrimiento que lleva a la conversión y a la transformación del corazón del hombre (cfr. 2 Cor 7, 10): es el sufrimiento el que, en cuanto complemento en la propia carne de «aquello que le falta» a la pasión de Cristo (cfr. Col 1, 24), se transforma en razón y fuente de gozo, porque genera vida y paz.

Queridos Hermanos y Hermanas que sufrís en el cuerpo y en el espíritu, os deseo a todos que sepáis reconocer y acoger *la llamada de los Dios para ser operadores de Paz a través del ofrecimiento de vuestro dolor*. No es fácil responder a una llamada tan exigente. Mirad siempre con confianza a Jesús «Siervo sufriente», pidiéndole la fuerza de transformar en donación la prueba que os aflige. Escuchad con fe su voz que repite a cada uno: «Venid a mí todos los que estáis fatigados y sobrecargados, y os daré descanso» (Mt 11, 28).

Que la Virgen María, Madre de los Dolores y Reina de la Paz, obtenga para cada creyente el don de una fe sólida, de la que el mundo tiene extrema necesidad. Gracias a ella las fuerzas del mal, del odio y de la discordia, serán desarmadas por el sacrificio de los débiles y enfermos, unidos al misterio pascual de Cristo Redentor.

Me dirijo ahora a vosotros médicos, enfermeros, miembros de asociaciones y grupos de voluntariado, que estáis al servicio de los enfermos. Vuestra obra será auténtico testimonio y acción concreta de paz, si estáis dispuestos a ofrecer amor verdadero a aquellos con quienes estáis en contacto y si, como creyentes, sabéis honrar en ellos la presencia de Cristo. Esta invitación se dirige de manera muy especial a los sacerdotes, a los religiosos y a las religiosas que por carisma de su Instituto o por su forma particular de apostolado se dedican directamente a la pastoral sanitaria.

Al mismo tiempo que expreso mi alta estima por todo cuanto hacéis con abnegación y dedicación generosa, deseo que quienes emprenden la profesión médica y de enfermería lo hagan con entusiasmo y disponibilidad generosa y ruego al Dueño de la mies que envíe numerosos y santos obreros a trabajar en el amplio campo de la salud, tan importante para el anuncio y el testimonio del Evangelio.

Suplico a María, Madre de los que sufren, su presencia al lado de los que viven en la prueba y que sostenga el esfuerzo de los que dedican su existencia al servicio de los enfermos.

Con estos sentimientos imparto de todo corazón a vosotros, queridísimos enfermos, y a todos los que en cualquier medida estén junto a vosotros en vuestras múltiples necesidades materiales y espirituales, una Bendición Apostólica especial.

En Vaticano, 21 noviembre 1994, decimoséptimo de Pontificado.

Joannes Paulus II

Análisis de la realidad

LH

II-1

EL MOSAICO DEL SUFRIMIENTO EN EL MUNDO DE LA ENFERMEDAD

Jesús Conde Herranz

La organización de las XIX Jornadas Nacionales de delegados de Pastoral de la Salud me ha encomendado la tarea de abrir la serie de comunicaciones que van a tener lugar sobre el tema elegido para la Campaña del Día del Enfermo 1995, acerca de El sufrimiento en la enfermedad. Y cumplo con gusto dicho encargo que, a mi entender, consiste en presentar los puntos más sobresalientes de un panorama tan sumamente vasto y complejo como el enunciado. Creo que mi cometido básico estriba en ayudar a ir fijando la atención de participantes y lectores en dicho panorama, de manera que su abundantísima y tupida vegetación no impida ver los elementos del mismo que resultan claves para adentrarse en él con cierto sentido de orientación.

Ésa es, además, la tarea primaria que debe imponerse quien trata de adentrarse en la selva del sufrimiento con afán pastoral: la de actuar, en primer término, como explorador y testigo directo, es decir, como buscador de la realidad en su estado más genuino, y de sus signos más inmediatos. Y ello, no sólo por razón de lograr un conocimiento lo más objetivo posible —lo cual es condición indispensable para aspirar a toda visión honrada y mesurada— sino tanto o más por ser fiel al modelo pastoral originario, el del Verbo de Dios, por cuya encarnación en Jesús de Nazaret aprendemos el valor de la observación directa e implicada, más aún, del contacto¹ para la ulterior relación asistencial.

LA EXPERIENCIA COMO PUNTO DE PARTIDA

El sufrimiento es un problema de perenne actualidad, porque acompaña al ser humano a todo lo largo y ancho de la geografía y de la historia. Quizá como ninguna otra realidad humana ha sido descrito, estudiado, meditado y expresado en sus múltiples manifestaciones. Pero hay que dejar bien claro desde el principio que no se llega a conocer de verdad lo que es el sufrimiento más que por la vía de la *experiencia directa*, bien mediante la vivencia de él en uno mismo, bien mediante la presencia asidua junto a los sufrientes, permitiendo que nos transfieran una parte de sus padecimientos.

1. *Convenía que Dios, ... proponiéndose conducir muchos hijos a la gloria, consumara por el sufrimiento al pionero de su salvación, pues el consagrante y los consagrados son todos del mismo linaje... tenía que*

Sin embargo, es extraño y, según como se mire, lastimoso o aliviado: que podamos convivir a diario con la visión de tantos sufrimientos que nos son presentados, sobre todo, por los medios de comunicación, ambientados además con los lamentos de quienes los padecen. Parece incluso que mucha gente acepta este hecho de buena gana, a la vista de los pingües beneficios económicos que las agencias informativas y los reporteros gráficos sacan de lo que se ha convertido en un negocio multinacional. ¿Qué explicación cabe ante este estado de cosas?

Los estudiosos de la llamada *psicología de masas* dicen que tal forma de presentar el sufrimiento —siempre resulta ser el ajeno— busca nutrir el sentido morboso latente en la naturaleza humana con la ilusoria sensación de que *esas cosas les pasan a los demás, pero no a mí*. Es lo que E. Kübler-Ross llama el *sufrimiento comercializado*², cuyo mensaje subliminal va destinado a fomentar una engañosa conciencia de invulnerabilidad y una actitud que facilite el *pasar de largo* ante quienes así sufren.

“El sufrimiento es una vía de perenne actualidad porque acompaña al ser humano a todo lo largo y ancho de la geografía y de la historia”

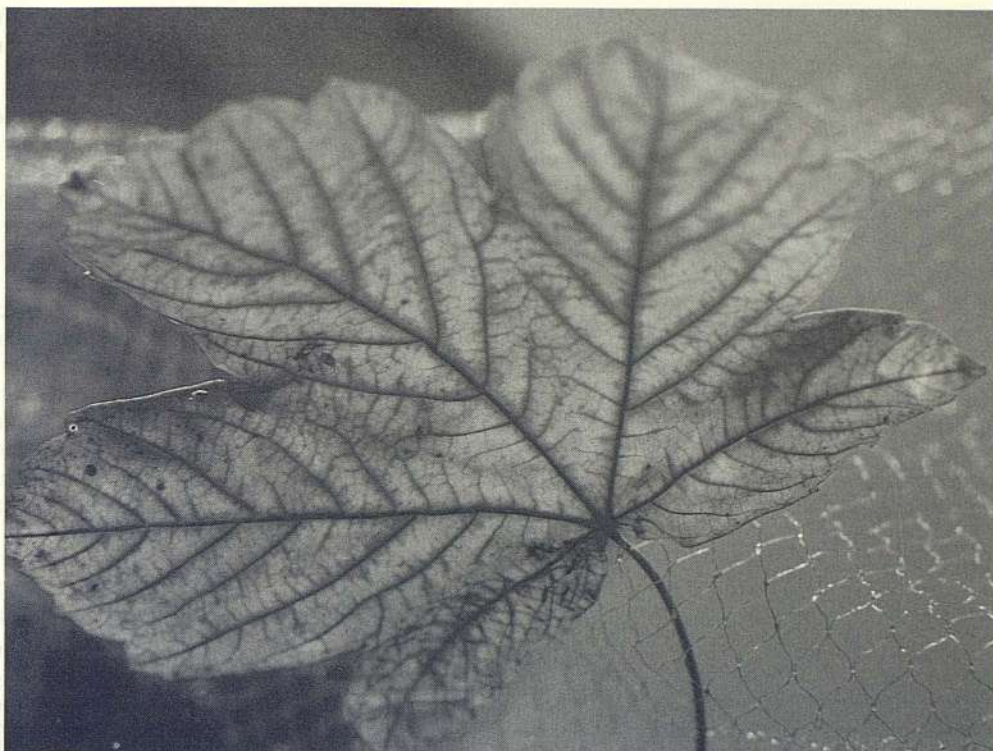
“El sufrimiento se llega a conocer de verdad por la vía de la experiencia directa”

No es —o no debe ser— esa la actitud propia de los cristianos; por el contrario, nuestra fe nos impulsa a dar una respuesta de aproximación y asistencia a quienes necesitan ser aliviados a causa de la magnitud de sus sufrimientos. Y, aunque Juan Pablo II advierte que *el sufrimiento es más amplio que la enfermedad, más complejo y a la vez más profundamente enraizado en la humanidad*³, qué duda cabe que el tiempo de la enfermedad es quizá el máximo exponente del *dolorido sentir* inherente a la condición humana.

parecerse en todo a sus hermanos, para ser sumo sacerdote compasivo y fidedigno (Hel. 2, 10s. 17).

2. Cf. E. KÜBLER-ROSS: *Sufrimiento comercializado, sufrimiento escondido*. En *Concilium* n.º 119, noviembre de 1976, págs. 339-350.

3. Cf. Carta apostólica sobre el *Sentido cristiano del sufrimiento humano*, n.º 3.



«El enfermo va exteriorizando y dando forma a lo que provoca su enfermedad y empieza a añorar la salud perdida».

SUFRIMIENTO Y ENFERMEDAD

Todo ser humano sufre, en mayor o menor grado, cuando le sobreviene una enfermedad, aunque hay diversidad de grados y de intensidad en tal sufrir, así como en las causas que lo producen y en las circunstancias que lo acompañan. Pero como, en rigor, no hay enfermedades sino enfermos, ni sufrimiento sino seres humanos que sufren, es a sus *vivencias* a las que hemos de atender quienes cultivamos y ejercemos labores pastorales. Haciendo, pues, la salvedad de que cada ser humano es único e irrepetible en su modo de sufrir, y de reaccionar frente a sus padecimientos, vayan unas pocas observaciones destinadas a componer un boceto general que nos ayude inicialmente a percibir cómo viven esta experiencia los enfermos.

1. Cuando la enfermedad irrumpe y se instala en cualquier ser humano, constituye, en primer término, una *dolorosa sorpresa* y, en seguida, un *parón obligado* en el correr de la vida. La primera constatación dolorosa a la que ha de enfrentarse quien ha caído enfermo es que le ha sobrevenido *algo con lo que no contaba*; algo que, además, amenaza cambiar el estilo de vida con el que estaba familiarizado hasta ese momento; algo que uno había contemplado ya en otros pero ahora tiene que afrontar en sí mismo, con el agravante de que *hoy se vive más penosamente que en otras épocas la enfermedad, pues estamos menos preparados para asumirla*⁴.
2. Poco a poco va el enfermo exteriorizando y dando forma a la convulsión que provoca en su interior la enfermedad que lo ha postrado. Junto al conocimiento del diagnóstico emitido por el facultativo —no siempre de manera clara y asequible al grado de cultura o al estado de ánimo del

enfermo— éste percibe sensaciones nuevas provenientes de su cuerpo. Ya no es un compañero silencioso y obediente, sino molesto y rebelde, desconocido y amenazador, que exige al enfermo que le preste mucha más atención que cuando estaba sano: una atención preñada frecuentemente de dolores físicos intensos y de angustias anímicas. Y el enfermo comienza a añorar la salud perdida, que implicaba lo que Laín Entralgo llama *la no sensación del cuerpo y el silencio de los órganos*⁵.

“ Nuestra fe nos impulsa a dar una respuesta de aproximación y asistencia a quienes necesitan ser aliviados de sus sufrimientos ”

“ Como no hay enfermedades sino enfermos, ni sufrimientos sino seres humanos que sufren, es a sus vivencias a las que hemos de atender ”

3. Pero no es sólo el cuerpo el que muestra al enfermo su flaqueza; todo él se siente falto de firmeza (*in-firmus*), frágil y vulnerable. Además, la índole propia de una enfermedad duradera, y la lentitud en la provisión de las pruebas diagnósticas y de los tratamientos, tan frecuente en nuestro sistema sanitario, hace que el enfermo pase de tener su vida tan ocupada que apenas le permitía tratar consigo mismo, a disponer de mucho tiempo para observarse. E indefectiblemente acaba por cuestionar la *imagen* que de sí mismo se había fabricado antes de enfermar. Así co-

4. Cf. COMISIÓN EPISCOPAL DE PASTORAL: *La asistencia religiosa en el hospital. Orientaciones pastorales*. Madrid, 1987, n.º 2.

5. P. LAÍN ENTRALGO: *Qué es la salud: el criterio subjetivo*. En *Antropología médica para clínicos*, Ed. Salvat, Barcelona, 1984, pág. 193.

mienza un doloroso itinerario que puede llevar al enfermo a hundirse, o a crecer y a madurar.

No somos nadie, dicen a menudo muchos enfermos; *pobre de mí, ¿quién me librará de este cuerpo mío que me está matando*, se preguntan, como San Pablo⁶, ante la constatación de lo perecedero de su condición. Y, situados ante sí mismos, ven como les brotan las preguntas más hondas que antes no han podido, o no han sabido, o no han querido hacerse: *¿Qué sentido tiene mi vida? ¿por qué he caído enfermo? ¿qué he hecho yo para acabar así? ¿qué sentido tiene sufrir como estoy sufriendo? ¿cómo puede Dios permitir esto? ¿por qué, Señor? ¿qué va a ser de mí?*

4. La búsqueda de interlocutores que le ayuden a responder a tales preguntas y a descargar la angustia que generan, y la búsqueda de ayuda ante su situación global, obligan al enfermo a salir de sí mismo y a observar a los demás muy atentamente, porque se siente mucho más *dependiente* de ellos que antes.

El sentimiento de dependencia puede ser doloroso por su propia índole, pero puede serlo aún mucho más cuando quienes rodean al enfermo (familiares, amigos, profesionales o voluntarios sanitarios) no cumplen adecuadamente lo que aquél espera de ellos. Hay ocasiones en que él pide más de lo que los otros están en disposición de dar, sobre todo en los momentos en que el enfermo está embargado por un gran sentimiento egocéntrico, y cree que es el único —o el que más— sufre. Pero otras veces sucede que los encargados de atenderle no están a la altura que requieren sus necesidades. Y esto provoca en él lógicas reacciones de amargura, despecho, desconfianza y frustración.

“ Cuando la enfermedad irrumpe constituye una dolorosa sorpresa y, en seguida, un parón obligado ”

“ Todo enfermo se siente falto de firmeza, frágil y vulnerable ”

5. Además, hoy el enfermo sufre no sólo por la eventual incompreensión de sus interlocutores, sino por el tipo de asistencia que le ofrece un *sistema sanitario* compuesto por un conjunto de estructuras susceptibles, por desgracia, de oprimir precisamente a quienes deben procurar restablecimiento o alivio. La *relación asistencial* entre el enfermo y sus cuidadores es cada vez más *distante e instrumental*, menos humana e interpersonal. Los avances de la medicina han traído consigo grandes ventajas en lo tocante al tratamiento de enfermedades agudas, pero el gran divorcio aún existe entre aquélla y las *humanidades* han conducido a un debilitamiento psicológico, social y espiritual ante el sufrimiento.

DIVERSOS TIPOS DE ENFERMOS

Para ilustrar con ejemplos concretos esta última afirmación basta repasar, siquiera con suma brevedad, los diversos tipos de enfermos a los que se refirió la Campaña del *Día del*

6. Carta a los Romanos, 7, 24.

Enfermo de 1988 con el título de *Los enfermos más necesitados y desasistidos*, porque merecen aparecer como prototipos de sufrientes⁷.

1. Los *ancianos enfermos* los cuales, aparte de las carencias materiales de cualquier clase que puedan padecer, suelen sufrir en no pocos casos el abandono, la indiferencia o el rechazo familiar. Cuando tal ocurre, viven en forzosa soledad, en domicilios que no cumplen a menudo las condiciones mínimas de habitabilidad, están reclusos en residencias que pueden resultar *jaulas de oro* o verdaderos antros inhabitables, o bien ocupan durante meses las camas de nuestros hospitales. Les duelen sus múltiples achaques, pero más aún la falta de cariño hasta el punto de que les cuesta más vivir cada día que encararse con la propia muerte, a la que llegan a ver —y así lo manifiestan a veces expresamente— como la ocasión de dejar de sentirse un estorbo para la familia y para una sociedad que sienten que no les quiere y que prescinde por entero de ellos.

“ Se crea un sentimiento de dependencia que puede ser doloroso por sí mismo pero también cuando quienes le rodean no cumplen adecuadamente ”

“ La relación asistencial entre el enfermo y sus cuidadores es cada vez más distante e instrumental ”

2. Los *enfermos crónicos* sufren por ver frustradas parte, al menos, de las aspiraciones que habían proyectado para el futuro, por la relación que los demás mantienen a veces con ellos, oscilando entre el paternalismo sofocante y el desinterés, lo cual genera frecuentes conflictos, sobre todo con la familia; por la dificultad inherente a su integración social, y por la aceptación de sus limitaciones concretas e irreversibles.
3. Los *enfermos terminales*, aun siendo hoy objeto de una atención creciente, tienen también hondos motivos para sufrir: dolores físicos, miedo a la muerte y al modo en que transcurrirá la etapa final del morir, soledad no deseada pero sentida incluso estando acompañados, falta de interlocutores que sepan percibir su angustia, aguantar sus lamentos, escuchar sus confidencias, y ayudarles a aceptar tanto su vida pasada como la inminencia de su muerte.
4. Los *enfermos mentales*, salvo aquellos que ya parecen no ser capaces de sufrir más, por haberse refugiado en un estado catatónico de aislamiento interior y ruptura con el mundo, sufren enormemente por la clara visión que en no pocas ocasiones logran tener de sí mismos y de su situación, así como por la consideración y conducta que reciben de los demás, que les suelen ver y tratar como *apestados*, o a gente peligrosa. La Campaña del Día del Enfermo 1966 tratará, Dios mediante, de la asistencia pastoral a este colectivo.

7. Una certera descripción de las indigencias y necesidades de estos grupos de enfermos la ofrece el número monográfico de LABOR HOSPITALARIA, dedicado a la Campaña del Día del Enfermo de 1988 (n.º 208, abril a junio de 1988). Los extractos que aparecen a continuación están sacados de ese número.



«Se cuestiona su propia imagen con lo que comienza un doloroso itinerario que puede llevar al enfermo a hundirse, o a crecer y madurar».

5. Los *enfermos toxicómanos* sufren muy hondamente tanto el rechazo social que suscitan, y que ellos sienten muy al vivo, como un gran sentimiento de culpabilidad por haber caído en la drogadicción y no sentirse capaces de salir de ella, así como por hacer sufrir, a su vez, a sus allegados, aunque no sea fácil que reconozcan estos sentimientos.
6. Los *enfermos de SIDA* proceden en muchos casos de un ambiente marcado por la marginación cultural, social y moral. Cuando esto ocurre, se ven a sí mismos más indefensos que otros enfermos para reaccionar ante las informaciones que reciben sobre su enfermedad, y ante el clima de miedo y hostilidad social, moral y asistencial del que se saben rodeados. Son conscientes del rechazo que producen y, al igual que los toxicómanos, se culpabilizan por ello⁸.

Tales son las formas más acusadas que adopta el sufrimiento en los enfermos. Pero, junto a ellos, familiares y cuidadores también sufren y no podemos pasarlo por alto.

EL SUFRIMIENTO DE LOS FAMILIARES DE LOS ENFERMOS

En la mayoría de las familias la enfermedad duradera de uno de sus miembros produce casi siempre una herida dolorosa en todo el cuerpo familiar, y éste es un hecho soslayado

8. Cf. también J. CONDE HERRANZ: *La asistencia pastoral a los enfermos de SIDA y a sus familias*. En *Jano, medicina y humanidades*, 28 de abril a 4 de mayo de 1989, vol. XXXVI, n.º 861, páginas 101-106.

casi por completo en las previsiones asistenciales, no sólo de las instituciones sanitarias sino también en el seno de la propia Iglesia. Lo cual resulta bien extraño pues todo el mundo ha tenido, tiene o tendrá varias veces a lo largo de su vida familiares que sufran una grave y dolorosa enfermedad. Cuando tal ocurre, no son muchas las personas que, con la debida constancia, se ofrecen a brindar ayuda, apoyo y compañía a la familia de un enfermo; y, aún en tales casos, esas personas no suelen tomar esa ayuda como un aprendizaje para cuando a ellas les toque pasar por la misma experiencia. En estos casos también funciona eficazmente, por desgracia, la suposición absurda de que *siempre les toca a los otros*. Y es así como también a muchas familias la enfermedad de uno de sus miembros les sobreviene sin que tengan la preparación adecuada para afrontarla.

Hay formas de sufrimiento familiar que son un puro reflejo y prolongación de los sufrimientos del enfermo, descritos en el apartado anterior. Pero hay otras formas que brotan espontáneamente de la propia familia y que, en resumen son las siguientes.

1. En primer lugar, la dolorosa sensación que aflora en bastantes familias bien dispuestas a ayudar hasta donde puedan a sus allegados enfermos, y cuyas causas pueden ser la falta de recursos materiales, la inadecuación de las viviendas, el horario laboral, etc.; pero otras veces son de índole personal. El enfermo no cambia sólo ante sí mismo sino también ante los suyos, a los que a menudo resulta difícil comprender las reacciones y alteraciones de ánimo que antes no veían en él. No es infrecuente oír a un familiar decir con pesar, aludiendo al enfermo: *No lo conozco, ya no es el que era*.

2. Sin llegar a tales extremos, una enfermedad duradera supone para la familia una acumulación constante de sufrimientos contemplados en el enfermo, sin saber a veces cómo aliviarlos, o transferidos por él a aquellos que considera los más idóneos; para poderlos compartir. En este sentido la familia necesita una ayuda mayor aún que el propio enfermo, ayuda que, cuando se presta, revierte en beneficio de éste.
3. Y, por último, cabe mencionar la necesidad que la familia tiene de encontrar un sentido tanto a los sufrimientos del enfermo como a los suyos propios. V. Frankl ha dejado bien claro lo destructivo que es el padecer sin sentido.

LOS SUFRIMIENTOS DE LOS SANITARIOS

Es opinión común de la gente que los sanitarios están por regla general *más allá* de los sufrimientos de los enfermos y de sus familiares a quienes asisten. De hecho, no es raro oír decir a unos y otros, dirigiéndose convencidos a los sanitarios: *Ustedes ya están acostumbrados a ver sufrir*.

Las causas de tal opinión parecen ser tres. En primer lugar, la imagen que la sociedad tiene de los sanitarios, a los que contempla como técnicos de la salud y de la curación, cuya eficacia ha de comportar por sistema una fría objetividad, insensible al dolor ajeno. Por otro lado, la misma educación recibida por ellos, en la que ha primado hasta ahora el cultivo de las disciplinas científicas, sin atender apenas a las *humanidades* en sus programas de formación. Por último, la actitud de no pocos de ellos tendente a convertir el uniforme en una barrera inmunizadora frente a la enormidad de padecimientos que a diario contemplan y tratan cada día.

Sin embargo, la mayoría de los sanitarios no saben dar cauce a la transferencia de padecimientos que reciben, ni a *desahogarse* adecuadamente, inhabilidad por la que pueden pagar un precio psíquico y anímico muy alto.

“ En la mayoría de las familias la enfermedad duradera de uno de sus miembros produce casi siempre una herida dolorosa en todo el cuerpo familiar ”

“ Hay formas de sufrimiento familiar que son un puro reflejo y prolongación de los sufrimientos del enfermo ”

Además, el colectivo sanitario es uno de los que más quejas recibe en nuestra sociedad, tanto a través de los medios de comunicación y ante las instancias jurídicas (Defensor del Pueblo, tribunales de justicia, cartas en diarios y revistas), como de forma directa del público. Algunas de esas quejas obedecen a verdadera negligencia o mala práctica de los sanitarios, pero la mayoría son debidas a los defectos estructurales y funcionales del sistema sanitario, que ellos mismo también padecen. Por ello se sienten *mal-tratados*, y así lo suelen manifestar, con razón.

EL VOLUNTARIADO ASISTENCIAL Y PASTORAL

El voluntariado asistencial es una figura tan antigua como el cristianismo y, a la vez, pujantemente actual. Para todo el mundo es notorio hasta qué punto está siendo objeto de una atención preferente por parte de entidades públicas y

“ Es opinión común de la gente que los sanitarios están por regla general más allá de los sufrimientos de enfermos y familiares ”

“ El voluntariado asistencial está siendo objeto de una atención preferente aunque no se incluye una preocupación por el cuidado, apoyo y seguimiento de estos cuidadores ”

privadas, atención que mira ante todo a su utilidad en diversos campos de la asistencia sanitaria. Tal interés, sin embargo, no suele incluir, igual que en el caso de los profesionales, una preocupación suficiente —a menudo ni siquiera existente— por el cuidado, apoyo y seguimiento que necesitan estos cuidadores para restañar las *heridas* que reciben al asistir y para *des-ahogar* los padecimientos que les son transferidos por aquellos a quienes asisten. Y es éste un problema del que tanto las instituciones seculares, como la Iglesia y las comunidades cristianas no han tomado aún la debida conciencia.

Tales son las formas en que el sufrimiento humano está presente en el vasto mundo de la enfermedad. ¿Cómo cabe enfrentarse con ellas y qué respuestas se les pueden dar? Éste es el cometido que toca a otros ponentes, a los que espero haber facilitado la tarea con una introducción suficientemente sencilla y clara.

LH

II-1a

EL SUFRIMIENTO DE UN NIÑO, LA FRAGILIDAD DE DIOS

Inés M. Barrio Cantalejo

Hospital Infantil La Paz. Madrid

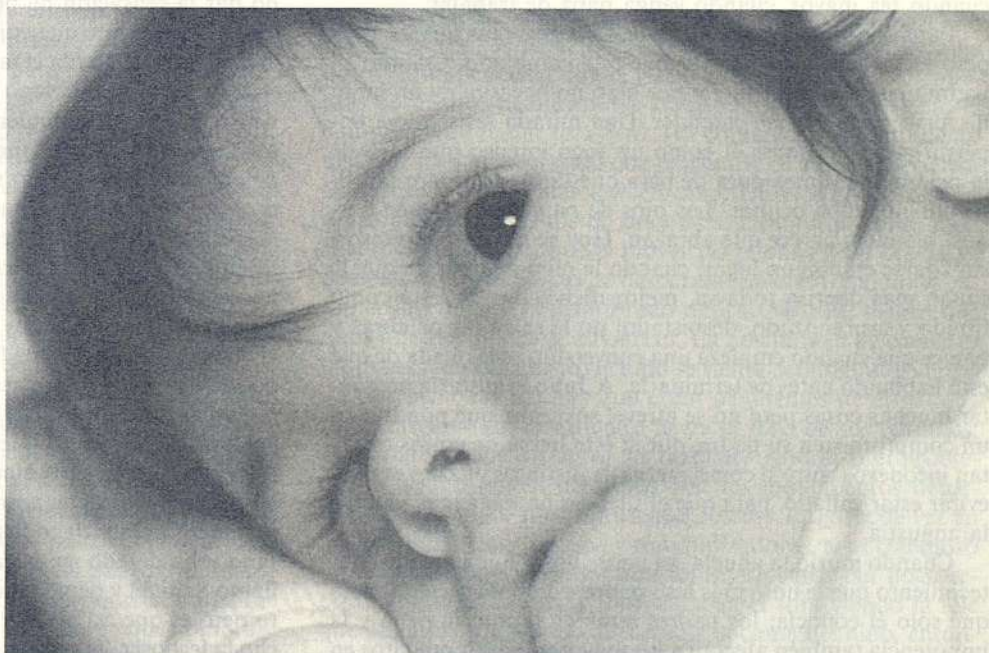
Hablar del sufrimiento de los hombres siempre produce la impresión de estar profanando algo sagrado. Es pisar un terreno prohibido para los no iniciados: quien no sufra y hable del dolor es el cómodo e indiferente espectador que acaricia las espinas pintadas en un cuadro. Acercándose al padecimiento ajeno uno parece oír las palabras que escuchó Moisés provenientes de la zarza: «No te acerques. Quitate las sandalias de los pies, pues el sitio que pisas es terreno santo».

Si el sufrimiento es un misterio al que nadie sabemos dar respuesta, en un niño el sufrimiento es doblemente misterio: un pequeño no sabe ni preguntar. Al niño que sufre un *algo* extraño le envuelve, algo que no acaba de situar entre lo conocido hasta ahora. En su breve universo las fronteras no van más allá de la mirada atenta y concentrada de sus padres, garantía de máxima seguridad y protección; la cercanía de su madre, ya sea en forma de caricia o de azote, le hacía sentirse seguro e importante, vinculado e integrado a los otros que son más fuertes que él y que no van a permitir nunca que le pase nada malo. La mano de mamá es fina, tierna, suave. Arropa, mima, consuela, conforta, abriga. Papá es enérgico, grande

y todo lo sabe, ¡él sí que sabe cómo salvarle de todos los peligros! Son sus brazos fuertes y musculosos; sostienen con firmeza la pequeñez de su persona. Sin dejar de ser blandas y apacibles, sus manos son tenaces, resistentes, seguras.

Por eso cuando aparece el dolor lo primero que experimenta un niño es un profundo sentimiento de desconcierto; no comprende lo que le pasa y menos aún que sus padres no lo eviten. Al miedo al malestar físico se une un pavor más intenso por el derrumbamiento repentino de lo que constituían sus baluartes y defensas.

Para Julio todo empezó con un maldito dolor de tripa mientras jugaba un partido de baloncesto en el colegio. Al principio pensó que eran los nervios; no era la cosa para menos puesto que era el último entrenamiento antes de la final que jugarían con ese colegio que ya llevaba un montón de trofeos acumulados. Pero tuvo que dejar de jugar a mitad del entrenamiento porque la tripa no paraba. Llegó a casa, apenas merendó y, lo que fue peor, su madre le infló a manzanilla. La noche fue mala también y su madre decidió no mandarle al colegio. Esto en otras ocasiones era motivo de fiesta y de tragarse todos los dibujos de la sesión matinal televisiva; hoy le nubló el día; suponía no poder tampoco ir a ultimar la preparación para lo que él vivía como la más honorable de las contiendas. Al segundo día de estar en la cama la verda-



«Cuando un hijo sufre es difícil saber
quien es más vulnerable,
si el padre o el niño.»

dera refriega se batía entre la rabia de no jugar el campeonato y el dolor punzante que le venía desde detrás del ombligo.

Desde el hospital recuerda indiferente, con su cabeza pelada como una bombilla, el arrollador triunfo que trajeron sus compañeros de competición. Es un recuerdo remoto porque, aunque en pocos días, han pasado demasiadas cosas. Perdió el apetito, las articulaciones le dolían cada vez más y parece que le faltaba la fuerza en ellas; pálido como un papel se fueron sucediendo una y otra prueba. El médico fue muy amable aunque las noticias que le dio no eran muy agradables: algo en la sangre no estaba bien, tenía el hígado un poco grande; el tratamiento para su enfermedad era fuerte: se le caería el pelo, le saldrían llagas en la boca, de vez en cuando tendrían que pincharle en la espalda para ver cómo evolucionaba.

Siempre le había llamado la atención el grupo de ancianos que se sentaban a charlar o a cabecear con la barbilla apoyada en la garrota en los bancos del parque. Se fijaba en lo mayores y achacosos que estaban y pensaba que su vida debería ser aburrida sin poder hacer las cosas que a él tanto le gustaban: andar en bici, correr, jugar a baloncesto. A la vez pensaba que en tantos años estos viejos habrían vivido un montón de cosas; su memoria, si aún quedaba algo en esas cabezas nevadas, estaría llena de aventuras, viajes, guerras, disgustos y alegrías; el recordar todo eso debería ser como una moviola la mar de divertida. Ahora él se encuentra en la misma situación, sin garrota, moviendo la cabeza de un lado a otro de la estrecha habitación de donde no ha salido desde hace dos semanas. Todos entran en el cuarto con la cara tapada con la mascarilla; ¡esto es un atraco! se divirtió su imaginación el primer día. Hoy está atrofiada por el aburrimiento. Un viejo tiene mucho que recordar. Él se siente como un viejo pero con el baúl de los recuerdos vacío. Un imaginario escenario le ha situado en el corro de viejos del parque; todos hablan; él está mudo, no tiene nada que contar; escucha avergonzado y teme que las miradas de todos caigan sobre él inquisidoras. Demasiados pocos años para recrearse en la vida vivida. Su pensamiento favorito se conjuga en futuro: cuando termine el curso, cuando llegue el campeonato, cuando vengan los Reyes, cuando sea mayor, cuando venga papá de trabajar.

Papá sí que está raro. No ve de su rostro más que los ojos pero es suficiente para saber que está cambiado. Cuando su padre tiene que reprenderle por algo no necesita de un largo discurso para hacerse entender. Una mirada resistente e imperturbable cae sobre él como un foco intenso que saca de la penumbra la metedura de pata que tan ladina pero inútilmente intentaba ocultar. Los ojos de papá son también tiernos, blandos, parece que abrazan. Hoy se mueven nerviosos, sin fijarse en ningún lugar, cuando le mira a él parece que le saltan más deprisa todavía, mejor dicho, huyen. Está como tímido y avergonzado, despistado; no le salen las palabras y parece que cuando empieza una conversación se le olvida de qué está hablando antes de terminarla. A Julio le gustaría preguntar muchas cosas pero no se atreve; sospecha que pondría en un compromiso a su padre, que si éste habla de tantos temas tan inconexos entre sí como piezas de distintos puzzles es para evitar estar callado, para que el silencio no haga más patente la angustia.

Cuando murió la abuela, su padre lloró. Fue éste un acontecimiento que le unió más a su padre, como un secreto pacto que sólo él conocía; los padres también lloran; la pena y la impotencia también afectan a los mayores, esos momentos en

que no cabe más explicación que las lágrimas. Pero ahora no lloraba y eso le desconcertaba.

Cuando un hijo sufre es difícil saber quién es más vulnerable, si el padre o el niño. Por primera vez se encuentra el padre en una situación en la que no sabe ni puede dar respuesta a los ojos expectantes de su hijo. La mirada del hijo se percibe desafiante y escrutadora. «¿Me vas a explicar lo que pasa o no?». Faltan las palabras, la claridad de ideas; decir la verdad o no, cómo decirla, engañarle, hacer concebir al niño unas esperanzas que no existen. Cuando la vida del hijo se escapa de las manos aparece el sentimiento de culpa, de no haber hecho bien las cosas, el arrepentimiento por riñas del pasado que hoy parecen desproporcionadas, injustificadas, ¿habré sido un buen padre? Las negativas a deseos del hijo tan firmemente decididas en su momento, llenan la boca de un regusto amargo.

Siente el padre nostalgia por la propia infancia, los años en los que no era protector sino protegido. Se añora el tiempo de la ligereza, de la levedad de una existencia en la que nada pesa, en la que todo es nuevo y seductor. Los pasos de la infancia se dan firmes, con la convicción de que una mano más fuerte estará cerca en el momento de la ocasional caída. Nunca como en esta situación existe un vínculo de tanta dependencia. Un pequeño podrá desarrollar su personalidad propia pero la influencia del adulto sobre él es enorme en los primeros años. Podemos imprimir en el niño nuestra imagen del mundo; como un reflejo especular pueden aparecer en él nuestros terrores, angustias, sospechas, y también nuestras esperanzas, creencias y optimismos.

Necesita el padre el consuelo y el reposo que es incapaz de dar a su hijo. Qué importante es ayudar a verbalizar toda esta convulsión interna. Y qué pocos profesionales sanitarios entienden que en el ejercicio de sus funciones el aliviar y ayudar a soportar malas noticias ocupa un lugar importante.

Pedro es un enfermero tímido y algo tartamudo. Es consciente del problema que tiene para la comunicación; por eso decidió un día que lo mejor que puede ofrecer a sus interlocutores es una escucha activa y consoladora. Procura por eso no dar la sensación de prisa; se sienta en la silla junto a la cama del paciente que cuida, incluso para tomarle el pulso o la temperatura. Tarda el mismo tiempo que si lo hiciera de pie; se da cuenta sin embargo que este gesto simple se percibe no sólo como un procedimiento técnico que forma parte del protocolo de enfermería, sino que es un momento de encuentro, de entendimiento, como una invitación a la charla apacible o al desahogo de tensiones y miedos.

Es Navidad. El *hall* del Servicio de Pediatría está cruzado de brillantes espumillones trencados en el techo; la tuna de los estudiantes de Medicina va recorriendo los pasillos arrastrando tras de sí a todos los niños que pueden andar como el flautista de Hamelin. Entran también en las habitaciones donde los niños permanecen atrapados por sueros o sondas o mascarillas de oxígeno. Hace un rato se marchó un popular equipo de baloncesto que ha firmado autógrafos y ha repartido fotos a todos los diminutos fans. Después ha venido un gordo papá Noel con acento yanqui. Ha escuchado pacientemente los deseos de todos los niños. Samuel está en el quirófano y ha dejado su carta escrita: «Querido Papá Noel; me llamo Samuel y tengo ocho años. Me considero un poco trasero pero es que no me doy cuenta hasta después de haber hecho la fechoría. Te pediría muchos regalos, pero el mejor regalo

“ En un niño el sufrimiento es doblemente un misterio: un pequeño no sabe ni preguntar ”

“ Lo primero que experimenta el niño es un profundo sentimiento de desconcierto ”

sería mi salud; y después mucho amor para mi madre que siempre está sola y triste. Lo puedes dejar en mi casa que está en la calle...».

Es gitano; su madre es viuda porque su marido murió de una sobredosis. Apenas sabe leer y escribir, pero después de tantos años cuidando la enfermedad de su hijo se ha hecho una verdadera experta en el manejo de curas y medicamentos. Un día contaba orgullosa que llevó a su chico a Urgencias porque veía la herida de la operación rara: «Y yo le dije al médico: a mí me parece que por la pinta que tiene la cicatriz y la fiebre que tiene el muchacho es lo que le pasó en la otra operación, que *la pus* se le acumuló dentro en vez de salir para afuera. Y le he dado esta pomada que la otra vez le vino muy bien. Y me dijo el médico: Señora es el tratamiento más acertado; nadie lo hubiese puesto mejor». Se lo ha contado ya tres veces a la misma enfermera (pensaría que eran distintas; todas tan de blanco). En el pasillo donde intercambian sus relatos las madres de los niños se oye a veces el fragmento de una conversación: «... y me dijo: Señora, es el tratamiento adecuado...».

En su afán de complacer a su hijo para compensar todas las contrariedades que ha pasado el exceso y la desmesura son las notas de su peculiar pedagogía. Hoy le ha llevado a unas galerías comerciales y el niño ha dejado más de mil duros en una máquina *tragaperras*.

Son ingresos hospitalarios largos los que padecen estos niños. La vida familiar se ve afectada por las ausencias prolongadas de la madre del hogar. Los hijos que se quedan en casa van cambiando sus sentimientos acerca del hermano que acapara la atención de la madre de tal manera. Empiezan echando de menos a su hermano, sintiendo compasión porque está malito y está en el hospital, para terminar, cansados de estar con las abuelas o las tías, con un enmascarado rencor por el que monopoliza lo que pertenece a todos.

La enfermedad de un hijo es el momento de probar la solidez de la unión de la pareja. Los esposos se ven sometidos a largas temporadas de separación. El afecto se desequilibra y es fácil caer en una situación en la que la preocupación por el hijo enfermo haga olvidar otro tipo de compromisos; uno puede llegar a creerse imprescindible; polarizado por la inagotable demanda de cuidado del niño, se abandonan otras esferas de la vida; el horizonte se estrecha y se empobrece, sólo hay un sentido y un esfuerzo: estar con el hijo. Este rígido perímetro va ciñéndose alrededor de una ahogada relación conyugal que siente asfixiarse por momentos. El eje de la dinámica familiar es la dolencia del niño; todo gira en torno a ella con tal fuerza centrífuga que se va haciendo remoto y sombrío, apenas perceptible. Los espacios para comunicación, para las muestras de cariño, de apoyo, son escasos. El tacto sería el mejor cauce para expresar lo que se queda atrapado en el embotado silencio. Rodear con los brazos unos hombros fatigados por el dolor. La habitación del hospital se ve inva-

da constantemente por presencias extrañas y violentadoras de la intimidad. Nadie llama a la puerta antes de entrar, esto aumenta la vivencia de enajenamiento, de no ser dueños ni del brevísimo entorno que les circunda. Hay tanto que decir que las palabras se amontonan y se vuelven lentas, torpes para salir. Parece que una espesa nube de distancia impide reconocer el acostumbrado y familiar rostro del otro.

Borja es un niño que padece una cromosomopatía del par 21; tiene un importante retraso psicomotor y póndero-estatural. Es el primer hijo de un matrimonio joven, moderno, activo; el trabajo, los viajes y las relaciones sociales mantienen a la pareja en una constante actividad febril. Se decidieron a tener un hijo después de mucho pensar en los cambios que esto iba a suponer para su ajetreada vida. Lo que menos se les ocurrió pensar es que el niño no iba a estar sano y que necesitaría muchos más cuidados que los que ya normalmente necesita un niño pequeño, que no son pocos. El niño tiene ya cuatro años; no habla, no camina, sus posibilidades comunicativas no son muchas; sólo su niñera sabe explotarlas al máximo. Los papás están demasiado ocupados y pierden mucho tiempo si desde el umbral de la puerta esperan a que el niño se decida a abrir y cerrar la manita en un rudimentario gesto de despedida. El dinamismo de siempre se ha hecho ahora más denso y sobrecargado, como un espeso cortinón que no deja ver la realidad a la vez que oculta también un rostro huido y ajeno.

Hoy es Nochebuena; han pasado un largo rato con su hijo, por lo menos dos horas. Han puesto delante del niño la televisión porque parece ser que los colores, luces y movimientos son una innagotable fuente de estímulos para un cerebro perezoso como el suyo. Eso dijeron una vez en un curso de psicopatología y logopedia al que asistieron hace varios años. Dijeron algunas cosas más pero no las recuerdan bien. Se ha quedado adormilado el padre en el sillón y la madre enganchada al programa-concurso de la tele. Han llamado una vez a la enfermera para expresar su preocupación porque el niño está muy inquieto y temen que en uno de sus descoordinados movimientos se caiga de la cama. Quizás hubiese que atarle los pies y las manos (aunque una ya la tiene atada para asegurarse que no se le salga la vía del suero). La enfermera ha observado el carácter fugaz y frío de las visitas de estos padres a su hijo. Realmente se trata de eso, de una visita; el cumplimiento de un forastero. Ha contenido un sentimiento de furor y les ha explicado que la medida de atar a los pacientes no debe usarse más que en casos extremos; que su hijo desarrolla movimientos de muy escasa amplitud como para caerse de la cama, y que el mover las piernas y los brazos es posiblemente un intento de desperdiciar unas extremidades entumecidas debido al deteriorado retorno venoso; seguro que unos masajes suaves le aliviarían. La posibilidad de caerse es tanto más remota cuanto el niño se sienta acompañado, vigilado por personas adultas que están pendientes de él.

El discurso ha continuado hacia el foro de sus entrañas: «¿les parecen insuficientes las razones? Ahora, si el problema es que se ponen nerviosos con los movimientos desordenados del niño, si es demasiado costoso dirigirle de vez en cuando palabras cariñosas y tranquilizadoras, si es trabajoso y pesado hacerse entender con un interlocutor tan poco receptivo, o si están mejor tumbados en el sofá viendo la tele que sentados junto a la cabecera de la cama del niño, entonces, no atarle, ¡lo mejor es narcotizarle!».

«Gracias, gracias, señorita». La buena educación que no falte. «Uno no sabe cómo hacer bien las cosas; como no sabemos lo que siente».

El decadente coloquio se ha visto interrumpido por la ruidosa entrada en la habitación de una muchacha colorada y mofletuda que debe ser la niñera. Derrocha empuje y vivacidad por todos los poros. Con movimientos groseros y contundentes se acerca al niño que ha iniciado al verla un entusiástico pataleo y palmoteo. Ha seguido tan atentamente con la mirada la garbosa aparición de la recién llegada que no se ha enterado que sus padres le han dado un leve beso para irse. Han dado pertinentes recomendaciones a la cuidadora. Les preocupa sobre todo mantener elementos estimulantes para el niño. Han insistido retórica y descuidadamente en algunas cuestiones que a nadie, ni a ellos mismos, les interesa lo más mínimo.

Es el nuestro un mundo que no convive fácilmente con las deficiencias. Más aún, tolera muy a duras penas las diferencias; y los incapacitados, del tipo que sean, son por antonomasia diferentes, radicalmente distintos al patrón que inspira al hombre modélico de nuestros días. Es ésta una inspiración continua y sin descanso, sin suspiros, que hincha al individuo hasta que revienta su propia estructura original. Acontecido esto, no queda otro remedio que construirse a sí mismo de nueva planta, olvidando la genuina y más propia esencia, la autenticidad primigenia. En una alienante clonación se imita el paradigma que causa tantas y tan penosas semejanzas en muchos hombres de hoy.

Terminada la visita de los padres, la gordita ha apagado la tele; ha cogido las manitas del niño y se las ha besado; los delgados dedos intentan esconder con desacierto las rechonchas mejillas de este rostro cercano y caliente que respira sobre él. «¡No estoy, ... me he ido!». Expectación, curiosidad, sorpresa en una mirada infantil que no parpadea. «¡Sí, ya estoy aquí!», mientras mete su nariz en la barriguita del niño haciéndole emitir algo que parece una carcajada. Así hasta que se duerme. En el pasillo Rubén canta la canción que se acaba de inventar: «La Navidad es una época de zambombas, almendras y bondad. Los villancicos alegres que cantamos los paisanos en la Navidad. En diciembre con todo esto podemos disfrutar; unos comen fiambre y otros se ponen a jugar».

Los niños temen lo desconocido. Como los adultos, la relación que establecen con su cuerpo es entrañable. En los niños la expresión de los sentimientos afecta a todo el cuerpo; si lloran, lloran con todo el cuerpo: patalean, se encogen, huyen; si de lo que se trata es de una vivencia festiva, toda la anatomía orquesta las más variadas vibraciones: saltos, aplausos, abrazos. Todo el organismo se infiltra de la cascada de emociones que se genera dentro de él.

En las numerosas preguntas absurdas que los adultos suelen dirigir a los niños, llama la atención la firmeza de algunas de sus respuestas. «Esta nariz es mía; esta mano es mía». Pronto descubre la intimidad que existe entre sus miembros y él mismo. El cuerpo es lo que más personalmente le pertenece. Por eso todo lo que afecta desde fuera a su cuerpo lo vive con intenso placer o con intensa agresividad. Lo que aparece en torno a su cuerpo y que resulta extraño produce una profunda sensación de sospecha, de desconfianza. Cuando un médico o una enfermera dicen a un niño que le van a hacer algo sobre su cuerpo le inunda el recelo y la congoja.

Dani cuenta que se sentía «destrozado por el dolor de tri-

“ No se puede justificar una actitud que dé por supuesto que un niño enfermo no tiene necesidad ni capacidad para conocer lo que le pasa ”

“ El sufrimiento del niño nos compromete a todos ”

pa, en Urgencias no sabían si era del riñón, o el apéndice, la vesícula. Cuando me dijeron que me tenían que meter en el quirófano estaba desconsolado. Pero llegó el doctor y me dijo que tenía los intestinos llenos de pus; que me iba a abrir la barriga cuando estuviese anestesiado. Luego me dijo que me iba a sacar todos los intestinos y me los iba a poner encima de la tripa; que los iba a abrir y a limpiar por dentro; me quitaría todo lo malo. Luego me los metería y me cosería todo. También me preguntó que si tenía miedo y que si quería preguntarle algo. Le dije que si todo eso lo iba a hacer él solo, y me dijo que no, que un equipo de médicos y enfermeras iban a estar pendientes de lo que yo necesitase mientras duraba la operación. También me dijo que con la anestesia no iba a sentir ningún dolor. Que después de salir del quirófano y de despertarme me iría a ver y me explicaría qué tal había ido todo».

Uno no puede confraternizar con el dolor. La enfermedad despierta la sensación de extrañamiento con respecto al propio cuerpo; pero el aproximar la experiencia de debilidad a la propia consciencia, permite al sujeto, niño o grande, conocerla, poseerla, apropiársela, integrarla en la personal biografía. Todo lo que uno pueda explicar, informar de lo que sabe sobre este acontecimiento que adviene inesperadamente alivia parcialmente la inevitable angustia. Los profesionales sanitarios, por la experiencia con la que cuentan, son las personas indicadas para ofrecer esta ayuda; adelantarse a la aparición de síntomas, prevenir y avisar de cómo pueden evolucionar los procesos morbosos, respetar las preferencias de los pacientes en la medida que se pueda, estar siempre disponibles para responder a sus demandas de comunicación. No se puede justificar una actitud que dé por supuesto que un niño enfermo no tiene ni necesidad ni capacidad para conocer lo que le pasa. Habrá que buscar qué palabras y qué momentos son los adecuados para aclarar al niño sus dudas, para desenredar sus tortuosos pensamientos.

Al hombre se le ha definido como el animal que ríe. ¿No podríamos definirlo también como el animal que llora? El hombre comparte con los animales el dolor físico, pero sólo a él pertenece el dolor de no encontrar el motivo de sus lágrimas. Para cruzar la frontera de esta sinrazón sólo parece existir una puerta: respaldar cordialmente al que sufre, asociarse a su pena para soportarla juntos. A la debilidad que provoca una enfermedad se añade la condición endeble que entraña la niñez. En el hecho de reconocer la fragilidad de un ser se desencadena un reclamo: ser guardián de él. El sufrimiento del niño, difícilmente asimilado por él mismo, nos compromete a todos; una parte de nosotros está implicada en la experiencia de dolor que desborda la existencia del niño; una llamada se nos dirige a sentirnos involucrados en algo que no puede sostenerse desde la precocidad de los pocos años. En toda relación humana la fragilidad del otro aumenta nuestra responsabilidad sobre él. Esta vivencia es mucho más intensa cuando el que sufre es un niño.

EL SUFRIMIENTO DE LAS PERSONAS MAYORES ENFERMAS

Herminio Royuela

PUNTO DE PARTIDA

El incremento de la esperanza de vida en España ha provocado que cada año sean más los ciudadanos mayores de 65 años, colectivo que aglutina alrededor de los seis millones y medio largos de personas mayores.

Antes de entrar de lleno a considerar el tema que nos ocupa conviene tratar de establecer si a la vejez de por sí se la debe considerar una enfermedad o, en caso contrario distinguir una persona mayor sana de una enferma.

A este respecto ya desde Séneca, se afirmó que «la vejez es una molesta enfermedad».

Todos sabemos que la vejez acusa una serie de disturbios, o al menos limitaciones tanto en lo que hace a su cuerpo como su parte psíquica. Así lo muestran las secuelas físico-psíquicas que conlleva: fragilidad de su memoria inmediata, sueño débil, pérdida de la agudeza visual, agilidad en sus movimientos y articulaciones, dolores poliarticulares...

La mayoría de ellas no responde a un agente casual o etiológico definido ni a una causa extrínseca ni ambiental.

Son producto directo del envejecimiento del tejido noble y su reemplazo progresivo por elementos fibrosos o de sostén. Son fallas enzimáticas o metabólicas, lesiones viscerales primitivas o derivadas del déficit circulatorio, fenómenos degenerativos o autoinmunes. Cualquiera de las teorías que tratan de explicar o justificar el envejecimiento son atendibles, pero criticables.

Explican algunas cosas y dejan sin aclarar la mayoría (medicina preventiva en la tercera edad).

Partiendo de estos presupuestos los profesionales de la atención y cuidado de las personas mayores:

- *Sabemos que hay diferencia entre la enfermedad de las personas mayores y las consecuencias de la alta edad de éstas mismas personas, tanto en lo físico como en lo psíquico según ya se ha indicado.*
- *Por ello el tratamiento del sufrimiento en la persona mayor lo analizaremos en estos dos grupos de personas.*
- *Teniendo en cuenta que la esperanza de vida en España acaricia los ochenta años, el número de personas mayores de noventa y cinco y más años... es bastante numeroso. Todas ellas están muy afectadas por la enfermedad de la vejez y como consecuencia objeto de nuestra reflexión como campo de gran interés.*
- *El esfuerzo y avance geriátrico en España ha sido importante y estas personas tienen hoy un mayor grado de atención y de salud. Ciertamente existe entre ellos un número de enfermos superior al resto de la población, pero muchas veces se mezclan las causas, edad-enfermedad.*

Por todo ello analizaremos a estos dos grupos de personas mayores que sufren las consecuencias de ambos fenómenos.



«La persona mayor entra en un mundo y en una experiencia nueva para la cual muchas veces le falta fuerza moral y física para poder superarlo.»

EL SUFRIMIENTO

El sufrimiento en todos los momentos de la vida tiene características muy comunes, pero que infieren más profundamente y de distintas formas en cada persona según las circunstancias personales y las distintas etapas de la vida en que te afecte.

La enfermedad provoca siempre una ruptura en el desarrollo de la vida del ser humano. Cuando ésta llega en edades muy avanzadas, esta ruptura se hace más profunda y visible. La persona mayor queda acobardada, y siente en sí tan profundamente la carga de sus limitaciones y la impotencia físico-psíquica de poderlas superar, que se abandona a lo que venga...

Este deterioro al que somete la edad, es progresivo.

Al perder la independencia, el autovalerse, la persona mayor se desfonda, pierde esperanza y fuerza para seguir luchan-

do, pues aunque los que le atienden le estimulen, sospecha por experiencia que aquello es el principio del fin, aunque muchas veces no sea así. De este modo se va a ver como persona *dependiente, limitada*. Y su vida se va desmoronando sintiendo la exclusión de la vida social, molestia y trabajo para los demás, y... *hasta estorbo*. Todo lo cual mina sus ilusiones, pequeños proyectos y exigencias humanas de *sentirse útil, valioso y amado por los demás*.

La persona mayor, entra así en un mundo y en una experiencia nueva para la cual muchas veces le falta la fuerza moral y física para poder superarlo. Todo esto no llega a verbalizarlo en las primeras fases de estos estadios y esto es positivo; pero sus largas horas de *inactividad* les perjudican, les van atrofiando sus facultades físicas y mentales y les hace sentir su cuerpo como algo extraño, y pesado... Normalmente luchan y reaccionan instintivamente contra todos estos efectos, especialmente en las primeras fases del proceso. Si este esfuerzo va acompañado por su propio estímulo y aprovechado por una pedagogía de optimización de los cuidadores de su salud integral y terapias rehabilitadoras adecuadas, el proceso de deterioro se contiene y retarda y la *angustia* y desmoralización será menor.

LA PERSONA MAYOR QUE SUFRE

«El sufrimiento entró en la historia del hombre al mismo tiempo que él». Desde siempre, el ser humano intentó encontrarle sentido y siempre continuaremos empeñados en lo mismo. El sufrimiento alcanza al hombre en su cuerpo —dolor físico— pero también en sus dimensiones psíquicas. Todos tenemos experiencia de él.

El sufrimiento de la persona mayor, tanto enferma como por *los deterioros de la edad*, tiene unas percepciones específicas, como normalmente sucede en cada etapa y circunstancia de la vida.

El dolor físico y específico de toda enfermedad y de cada una, suele ser exactamente el mismo o parecido en cada una.

A éste se añade igualmente en toda persona, un dolor que afecta, como hemos indicado a sus dimensiones psíquicas y que en las personas mayores suelen venir marcadas por estos parámetros:

- El dolor de ser *una carga* para la familia; «si ya tenían poco con cuidar de un viejo, dicen, ahora de un viejo enfermo».
- Sentirse estorbo, inútil: «qué pinto yo ya aquí...».
- Sentido *profundo de desamor, olvido, ingratitud* cuando la familia mantiene una relación lejana, fría o nula con ellos.

El desarraigo o abandono de la familia origina en el mayor:

- Sentimientos y deseos de desaparecer, eliminarse... y *angustia profunda en todo su ser*: «Tanto trabajo, esfuerzo... por ellos y ahora verme así...».
- Pérdida del sentido de la vida y de las ganas de vivir.
- Soportar la vida, porque no le queda más remedio... «quítarmela no va conmigo y...».
- Sentir *la gran soledad* de no *sentirse querido*, especialmente cuando tiene familia; o porque ya en la vida no tiene a nadie.
- El *repliegue sobre sí mismo* apagando la capacidad de *amar*: «Es difícil *sentirse amado* si uno no tiene o no sabe a *quien amar*».
- a) Toda persona necesita *amar* (a personas, ideales, cosas...).

- b) De lo contrario pierde el sentido y deseo de vivir.
- c) Lo importante no es dar años a la vida, sino *vida* a los años.

— *El sufrimiento que produce la «inactividad física y psíquica»* genera sentimientos de inutilidad, de no sentirse valioso, de pérdida de ilusión y de esperanza en la vida, todo lo cual hace que la persona:

- a) Sienta el peso y el dolor de tener que soportar y aguantar *la vida*.
- b) Tenga momentos en que la rebeldía es más fuerte que la *confianza*; la *desesperación* ahoga sus *esperanzas*. Y momentos en los que el repliegue sobre sí misma apaga la capacidad de amar y darse.
- c) *Siente el gran peso de la soledad* que en algunos habla así: «¡Es demasiado largo esto Señor! ¡Demasiado! Para qué me tienes aquí: No puedo más ¡ayúdame...! «Siento una soledad que me invade, me aplasta... una soledad fría... No soy yo, ni oigo, ni siento, ni río, ni gozo cuanto sucede junto a mí... Sólo siento en mi corazón un gran vacío... Ya no soy yo... No se rezar... No tengo fuerzas ni para llorar...!»

Dolor y sufrimiento por las limitaciones, incapacidades y pérdidas a las que los años o la enfermedad les somete.

Deseos de morir y terminar en paz. Ponerse en manos de Dios...

- *A todo este proceso de deterioro llega la persona mayor*. Y se acelera cuando por desinterés rompe con todo su entorno, que normalmente se produce en este orden:
 - a) Desinterés por los acontecimientos, problemas de la sociedad.
 - b) Las cosas de la vida normal de su entorno: vecinos, barrio...
 - c) Ruptura de relación con amigos, familiares cercanos...
 - d) Despreocupación por las cosas de su casa-familia, vecinos compañeros y actividades que le programan, si está en centros residenciales... o en centros de los barrios.
 - e) Centrarse en sus «dolores, en que está solo, que nadie le quiere, en sus deficiencias, limitaciones y enfermedades-dolencias, y poco a poco se va creando subjetiva e imaginariamente...
 - f) Llegando a hacerse insoportable a cuantos están a su alrededor y a cuantos le cuidan...

En la última parte (cómo ven y viven el sufrimiento ellos) deduciremos que el *sufrimiento* de las personas mayores se hace más traumático para ellos fundamentalmente:

- Por los pérdidas físicas y psíquicas a las que les somete la enfermedad.
- Por las marginaciones y abandonos sociales:
 - a) Falta de atención, olvido, desprecio de la misma familia.
 - b) Falta de centros, especialistas y proyectos socioculturales y rehabilitadores por parte de las administraciones y centros privados, que prevean y atiendan a *la persona integral* en todas las etapas de la vida. No es suficiente con la atención *puramente asistencial*, pues como personas tenemos además otras dimensiones y exigencias que cubrir, como las humanas y psíquicas y que de no cubrirse dejan su *vacío íntimo*. Esto afecta a toda persona y en todas las etapas de su vida.
 - c) Por la falta de *preparación* de las personas mayores para vivir en *mejor calidad de vida* esta etapa. Esto es causa de mucho del sufrimiento que a veces tiene que padecer.

VIVENCIAS

Al realizar esta reflexión nos planteamos si hacerla desde nuestra experiencia de profesionales de atención al enfermo o sería más interesante presentar como un mosaico de *vivencias* de las mismas *personas mayores enfermas o sometidas a grandes limitaciones* físico-biológicas como consecuencia de la edad. Consultados varios equipos de estos profesionales la mayoría vieron como algo más real esta última opción y por ella nos decidimos.

Esta postura conlleva, y por eso lo indicamos, que las respuestas a las experiencias personales del dolor-sufrimiento tengan un matiz bastante más personalizado e individualizado, por todo ello hemos procurado contrastar, en lo posible, el muestreo de las opiniones que hemos podido recabar, con el visto bueno de profesionales y cuidadores, en cuanto a las formas de expresión de algunos enfermos, la reiteración de los mismos conceptos, *traduciendo* lo que intentaban expresar y no podían...

Los criterios de elección de las personas entrevistadas

Poder recoger un abanico, lo más amplio posible, de múltiples grupos de personas mayores sometidas al sufrimiento y dolor, según el ámbito cultural y social donde se formaron y vivieron la clase de enfermedad o limitaciones que padecen, el grado de relación familiar que tienen, con vivencias religiosas, sin ellas o alejados de las mismas...

Otros parámetros tenidos en cuenta

- La edad, abarcando desde los 68 a los 103 años.
- Con diversos tipos de enfermedades y de limitaciones deteriorantes que les convierten en enfermos semidependientes o totalmente dependientes en su movilidad física, pero siempre con sus capacidades mentales hábiles.
- Personas residienciadas, hospitalizadas o que viven en sus domicilios con su familia.
- Hemos partido desde el concepto gerontológico de la persona mayor en su todo: es decir, el aspecto médico, social, urbanístico, habitacional, legal y todo aquello que redunde en su auténtico provecho y calidad de vida.
- Nos hemos fijado en estos tres tipos o dimensiones de las enfermedades de los mayores: los padecimientos físicos del envejecimiento y su minusvalía reactiva y defensiva; las alteraciones psicomentales, en parte por lesión involutiva de su sistema nervioso, y por la *enfermedad social* (dificultades económicas, abandono por parte de los planes de salud, la de sus conciudadanos, y lo que resulta aún peor, de su propia familia.

Con todas estas personas hemos hablado sobre los siguientes núcleos de preguntas.

Las respuestas las hemos concretado recogiendo lo más fielmente las ideas que los mayores han expresado y respetando hasta los matices que pudieran parecer insignificantes pero que muestran lo subjetivo y personal de cada ser que *sufre*.

Como reacciono ante el sufrimiento proveniente de la enfermedad o limitaciones físicas

- No me cogió por sorpresa, el proceso me llevaba a esto.
- Vi que mi solución era copiar mi mente y mi tiempo. Que tenía que seguir siendo útil a los demás como hasta entonces pero

de distinta manera. Y comencé inmediatamente a *trabajar*; lo mío era escribir, hablar... Grabo mis trabajos y unas señoritas me los pasan a máquina. Tengo muchísimo más tiempo que antes. No siempre tengo ganas para hacer lo que deseo. Me falla un ojo, el habla que es defectuosa... «*Pero no me agobió... Debía estar ocupada y podría seguir trabajando...*».

- Me sentí impotente, lloré mucho a solas... Pena profunda.
- Impotencia, sensación de injusticia...
- Sentí profundamente el *dolor físico y moral*: «*la falta de cariño y amor de aquellos que yo creo me lo debían*».

— Siempre he tenido gran serenidad, lo mismo ante la muerte de mi marido, de mi madre... Le pedí a Dios con toda humildad me ayudara. Vi y veo desengaños en la vida de aquellos a los que amaste y ayudaste más y *hoy no vienen ni a verme... pero les perdono*.

— Siempre lo acogí como la voluntad de Dios sobre mi vida. Y esto me ayudó y me sigue ayudando cada día.

— Mi sufrimiento es *psíquico*, profundo, en relación con los míos y me rebelo cada día y siento profundo dolor.

— Mal, con desesperación, angustia, depresión... no aguanto más.

— Con rabia, rebeldía..., me ha hecho, yo creo, hasta perder la fe.

— Me sentí impotente..., lo vi como una *injusticia*; ¡Yo no he hecho tanto daño ni mal en la vida...!

— Nunca perdí la esperanza; alguna ventana se abría, dije...

— Con paciencia fui asumiéndolo y lo sigo llevando.

— Cuando me amputaron *las piernas* me desfondé en un primer momento.

— Me sentía profundamente *inútil, dependiente...* hubiera deseado que todo hubiera terminado... incluso eliminarme. Después ha reaccionado bien, pues logré lo que creí era mi salvación: *estar ocupado, activo*.

— Hasta que fui asumiéndolo lo pasé muy mal... Rezaba, pedía... pero me venía la angustia, la depresión...

Vivencias, reacciones en tu sufrimiento

— A veces momentos tristes... pero no pienso en lo que tengo sino en trabajar, escribir... para hacer llegar a los demás lo que deseo para mí y para todos los mayores.

— La pena es *no saber estar enfermo*. Me duele ver compañeros desolados, sin esperanzas... A los 38 años estaba en una silla de ruedas, casi como ahora que tengo 70. Había trabajado ya mucho, era muy activa, alegre, optimista. Cuando me diagnosticaron lo que tenía y como esto sería para siempre... bueno, en plenitud de vida como estaba, aquello fue tremendo... «Yo me quitaría la vida...» así desfondada estuve unos días... como sólo hacía que pensar y pensar... me vino a la mente algo que había oído muchas veces: «*que resucitemos...*». Puede ser que les parezca una tontería, pero yo me dije: *bueno si esto es verdad, yo tendré una nueva vida que estará libre de todo esto*. Y comencé a reaccionar muy rápidamente, a ver las cosas en positivo y me dije: me faltan facultades, pero me quedan otras, puedo ponerlas al servicio de los demás, como ellos las ponen al mío...

Y así he seguido viviendo hasta hoy y con alegría; lógico que me pesa, me siento limitada y a veces...

La pena, a mi parecer, es no saber o poder *asimilar la enfermedad*.

— Paso noches muy malas, pienso mucho, doy vueltas... y me digo, bueno mañana el día será mejor... E intento *gozar* de lo bueno que tiene cada día... y vivo lo bueno que tienen los demás y me siento muy feliz dentro de mi estado después de trece operaciones de huesos...

— Mis limitaciones físicas, no me incapacitan para ejercitar mi mente, mis sentimientos y aspiraciones humanas, sociales y espirituales en cuanto puedo... y esto me produce mucha satisfacción, me hacen sentirme útil a los demás incluso con el trabajo que creo para aquellos que me atienden. Así que mi vida es de *agradecimiento* al creador, a los padres, a la educación... que me hicieron así. Sino ¿qué sería de mí?

— Mis vivencias son de resignación, de aguantarme... y a ver como puedo ir tirando de la vida... Me ayuda a elevar mi estado el pensar que hay otros que están peor.

— El verse incapacitada de cintura para abajo... le causa un profundo pesimismo cada día que amanece «... ve las cosas muy negras». Lucha mucho personalmente por estimularse cada día. Echa mano de todo: sus creencias, el recuerdo del amor de sus padres, su marido difunto y los que la querían, esto le ayuda... Pero sólo desea *morirse*, se lo pide cada día a Dios con todo el corazón. No creo que esto sea pecado. ¿Le parece? (hay bastantes que reflejan estos sentimientos).

— Tengo 103 años ¿y qué hago yo ya aquí? Pido que me lleve... pero será cuando quiera (¿esto es pecado?). Lo acepta porque será la voluntad de Dios. Lloro mucho por las noches, me desahoga y consuela. Pido mucho por todos y por los que me cuidan... Esta es mi actividad de ahora. Veo tele, oigo la radio, hablo con los que vienen, pero ya oigo poco y me tienen que aguantar mucho... (Varios mayores de esas décadas altas coinciden y demuestran una gran conformidad, agradecimiento a todo y a todos y dan a su vida una dimensión profundamente humana y trascendental).

— Siempre vi en el sufrimiento la voluntad de Dios y todo lo confío a Él. Esto me ha ayudado mucho en la vida, y creo que mi sufrimiento así asumido ha sido menor.

— Mal, rebelándome contra todo, no aguantando el olvido de los míos... cada uno formó su familia y me dejaron solo después de lo que yo hice. Yo no puedo vivir ya con ilusión ni alegría. El sentirse lejos de los suyos, que ni vienen a casa, ni te llaman... Me siento fatal..., el sentido de vacío me hunde..., siento lejos a los amigos...

— *Varios*. Sufren constantemente, al verse así; con lo bien que estaba. Sienten destrozada su vida; se sienten parásitos; un gran dolor yace en su corazón desde que perdieron al marido o la esposa, a veces todos los hijos y ellos se han quedado solos aquí..., sienten destrozada y terminada su vida. ¡Si ellos supieran como lo estoy pasando!

— De rabia e impotencia..., tanto trabajar, ahorrar para el día de mañana, los hijos... y ahora solo, enfermos... ¿Cómo quiere que lo viva?

— Ya me ve en esta sillita, sin vista, pero Dios me ha dado tanta fe que sólo levanto los ojos para darle gracias por cuantos me cuidan, me visitan, los voluntarios, los compañeros y vecinos... ¡Otros están peor!

— Su sufrimiento es el sentir un profundo peso de *estar sola*; perdió al marido y sus tres hijos. Se ve *sola*, no ve sus cosas. Tiene sentimiento de angustia... Tiene muchas y buenas amistades, lo pasa bien con ellas, pero el sentido de *soledad* no le deja jamás.

— Era muy activo; me costó asumirlo mucho en intensidad, no en tiempo. ¡Es mucha la incapacidad y envejecimiento...! Pensé que podía seguir haciendo por los demás tanto como antes, pero de distinta manera y en distintas actividades... lo fui asumiendo y aceptándolo gradual y generosamente concienciado de que lo mío no debía *hacérselo pasar a los demás*. Así voy pasando mis días, me siento útil y hasta lleno en mi interior.

— Siempre estuve trabajando mucho, con cariño, sin pensar en el dinero, gozaba en mi trabajo..., al verme incapacitado en

lo físico me dije: *esto no puedo aguantarlo, yo me tengo que buscar algo que hacer, y esto será mi salvación*. Aprendí sin fin de cosas, que nunca había visto, a través de los talleres ocupacionales..., me inserté en ellos... Me relaciono allí con muchos..., me siento gozoso y útil en mi carrito, sin una pierna..., pero siendo un artista en marquería. La actividad me salva cada día del sufrimiento psíquico, la depresión...

Actitudes positivas y negativas que se crean en usted en el sufrimiento-enfermedad

— Puedo decir que no ha habido variación ninguna de mi vida de antes a la de ahora. Sí distintas formas de vivirlas: deseos de trabajar por ser útil en la sociedad, antes de una manera ahora de otra...

— A mí la fe me impulsa constantemente para eliminar las actitudes negativas que nacen cada día en mi corazón en este estado de enfermedad.

— Pienso que todos tenemos que purgar algo..., esto me sirve...

— No me ayuda tanto el pensar que otros están peor que yo...

— Esto mío me *ayuda a darme a los demás, y me dirá ¿pero tú paralizada como estás que puedes dar? Pues creo que mucho*. Y esto lo he descubierto durante mi enfermedad. Todos tenemos *valores* que dar a los demás. El sufrimiento te ayuda, a dar. Yo tengo *muchos clientes a los que dar*: a los sanos, a los compañeros enfermos, deteriorados, a los que me ven, a los que trabajan por nosotros... Les puedo dar *esperanza*, al verme contenta, alegre, asumiendo mis limitaciones sin trauma ninguno; noto que la gente se acerca a mí y se siente satisfecha, gozosa al verme así y con la sonrisa en mi rostro y en mi palabra... A veces me cuesta... Esto me lo ha enseñado la vida y me lo ha potenciado la fe. Alguno a veces me dice, porque deduce que yo lo hago con miras trascendentales; ¡mira que si luego no existe nada! Y me río y digo: No importa porque a mí nadie me quitará el haber vivido con ilusión. Y esto me ha permitido vivir la vida, en tantos años de enfermedad, con *alegría, ilusión y esperanza*.

— El tener tanta gente a la que querer, pues tengo muchos que me quieren.

— Pienso en qué será mi futuro final.

— Pero confío en Dios y a Él me encomiendo. Rezo.

— Llorar, rezar..., rebelarme, recurrir al recuerdo.

— De resignación; de confianza: Dios mío es duro, pero me lo mandas..., así me convendrá..., ¡¡descuéntamelo!!

— De depresión íntima y vital.

— Sólo pienso en morirme para que todo termine.

— Enrabietado y amargado en la vida.

— Deseos de poder ayudar y elevar la esperanza de cuantos están conmigo..., interés por lo que sucede, sufre y goza la humanidad. Alejar de mí la desesperanza interesándome en las cosas y preocupaciones de los demás.

Como afronta y sobrelleva el sufrimiento

— Uno pasa por distintas formas de ánimo. Aunque siempre hay algunas que predominan.

— No me llegan las horas para las tareas que me marco. La ocupación me ayuda muchísimo en mi enfermedad.

— A las seis y media de la tarde me acuestan por necesidad. La noche es larguísima y leía, escribía algo. La vista me lo impide ahora, pero me busco otras cosas que hacer: oír la radio, pensar cómo hacer lo de mañana, rezo, hablo con la Virgen, le cuento lo mío y lo del mundo.

— Si siento *soledad*, tengo tiempo para sentir de todo. ¿Qué cómo es mi soledad? Es como algo profundo en mi ser, un hueco que está sin llenar...

— Nunca pensé que mi enfermedad fuera un castigo. La felicidad y los momentos de bien que en la enfermedad yo he pasado, no se si los hubiera tenido en una vida normal: los míos, los amigos, el cariño, la gente de bien, el personal sanitario, la valoración que de mí oigo todo ha sido una gran riqueza que yo he ido descubriendo y me ha valido muchísimo y me ha impulsado a devolverles el cariño que recibía pidiendo en mis ratos *libres* por todos ellos.

— Lo he llevado siempre con naturalidad. Me ha ayudado la fe...

— Creo que a Dios no tenemos que pasarle factura de nada, sino agradecerle constantemente. Esto lo siento cada día en la presencia de los que se acercan a mí. Yo le presento mi vida cada día.

— Estoy impedida y en mi interior siento un gran gozo y alegría: «El tener tanta gente a la que querer».

— Según el estado de ánimo. Momentos de rebelión..., al final lo voy asumiendo..., al día siguiente...

— Llorando, y hablando con Dios en ratos de mayor dolor, soledad...

— Con capacidad y serenidad, lo acepto bastante bien. Nunca fui violenta; sí comprensiva...

— Pienso que pronto tendré «otra vida mejor en el cielo...».

— Con resignación positiva... no tiene más remedio.

— Malamente, me revelo muchas veces en mi interior.

— Mal, no lo soporto y cualquier día *me quitaré la vida...*

— El *dolor es muy difícil de afrontar*; me refiero al dolor profundo.

— Al principio mal; ya lo he aceptado como un cambio de estilo de vida; antes hacía unas cosas, ahora otras. ¿Cuáles son más válidas?

Sus esperanzas y desesperanzas ante el sufrimiento

— Poder seguir viviendo en paz. Ejercitar mi generosidad con los que se acercan a mí o viven lejos, esperar en Dios y profundizar la vida de oración.

— Es un estado más bien pasivo. A veces veo alguna luz...

— Ninguna; vegeto, aguanto más por no hacer sufrir a los míos...

— ¿Cree usted que puede existir esperanza alguna, como estoy...?

— Sí, la de dar sentido a mi propia existencia ahora, cada día.

— Desesperanza? Tengo miedo al paso del puente, ¿Dios, Madre..., cómo será...?

— Conciencia de sentirme en el atardecer de la vida, en la recta final.

— Vivo confiado en las manos de Dios. Espero el encuentro definitivo con una honda alegría.

— Pienso: ¿Qué será de mi futuro final, según estoy?

— No quiero pensar: confío en Dios y a Él me encomiendo.

— Abierto a las sorpresas que cada día Dios me ofrece y a las que me tiene acostumbrado. Esta serenidad, creo, es el resumen de las virtudes de los *mayores*.

— Siento constantemente la mano de Dios sobre mí. Yo no me lo explico.

— Gran preocupación porque sus hijos, familiares se alejen de Dios (es reiterativa en muchas contestaciones).

— Poder andar un poquito para valerme al menos en lo más personal y no molestar a los demás.

— Tener que depender de todos: de su atención, de su estado de ánimo, de sus ocupaciones...

— Desesperanza contra los que la cuidan, y contra los santos...

— Plena confianza en la Virgen y Dios.

— Nunca me he desesperado, mi carácter ha sido siempre de buenas formas y esto me ha ayudado mucho en las contrariedades.

— La única esperanza es *deseos profundos de morirme*.

— Me aterra verme sola o en una silla de ruedas.

La mayor desesperanza es que siendo lo que yo fui para los míos, sólo cuente ahora con una amiga.

— Vivo sin ilusión y sin esperanzas..., sólo deseo terminar.

— Vivo sin esperanzas; mi vida no se rehace ya; todo lo que amé desapareció; sólo quiero morir...

— Mi vida terminó, ¡ojalá me muera ahora mismo!

— Nunca tuve desesperanzas fuertes; busco consuelo y apoyo cuando me siento mal, y suelo encontrarlo de una u otra manera.

— Poder hacer de su vida una oferta de utilidad para quien sea...

— Que siempre pueda realizar alguna *actividad* en favor de otros...

— Me estimula pensar que voy camino de otra vida, que esto es pasajero.

— Mi desesperanza: no poder hacer lo que antes hacía...

— En los momentos malos me sirve mucho el pensamiento: «*Ser alegres en la esperanza*».

CONCLUSIONES

De todo este estudio y contacto personal con tantas personas mayores podríamos deducir conclusiones como:

— El *sufrimiento* tiene una base objetiva y otra parte es subjetiva y personal, como siempre oímos.

— Que incrementa, por tanto, su intensidad o la disminuye cada sujeto que lo padece. Así influyen positiva o negativamente: las formas de ser de cada persona, temperamento, carácter, cultura, formación, creencias, autodominio, entorno (personas, cosas, lugar...). Por tanto en parte podemos tener la llave de parte de nuestros sufrimientos en nuestras manos.

— Podemos educarnos y formarnos para *el sufrimiento*:

«*Hazme, Señor una persona sonriente*

que, no teniendo otra cosa que dar a sus hermanos, le regale al menos un poco de alegría».

Señor, Tú que has puesto en mi pecho

un corazón de carne para amar y ser amado

un corazón parecido al corazón atravesado de tu Hijo,

no permitas que me vuelva egoísta,

encerrado en sus límites como entre cuatro paredes,

obsesionado sin cesar por el miedo a la miseria

y a las corrientes de aire.

Señor, Tú has fijado las estaciones del año

y de la vida,

hazme de todas las estaciones.

No te pido la felicidad,

porque sé muy bien que ninguna estación la trae,

ni siquiera la primavera;

te pido simplemente

que mi última estación sea bonita,

para que dé testimonio de tu bondad.

J. FOLLIET

EL SUFRIMIENTO DEL ENFERMO ONCOLÓGICO

Doctor A. Brugarolas

Departamento de Oncología, Facultad de Medicina,
Universidad de Navarra

Sufrir o padecer es sentir un daño físico o moral debido a diferentes causas tales como enfermedad, dolor, pena, pérdida, castigo, etc. Muchas veces corresponde a un estado que incluye simultáneamente múltiples factores: físicos, psicológicos, sociales y espirituales. En el caso de enfermedad participan no solamente los síntomas propios de la misma sino también las consecuencias y efectos secundarios atribuibles al tratamiento. Conviene aquí anotar que el cáncer se trata con métodos agresivos (cirugía mutilante, radioterapia asociada a fibrosis y otras secuelas, quimioterapia con variados efectos nocivos indeseables), resultando particularmente intensa en esta enfermedad la reconocida paradoja terapéutica de que los remedios empleados son también a su vez una fuente importante de sufrimiento.

INTRODUCCIÓN

Un componente habitual del sufrimiento es *la percepción de una amenaza personal* a la integridad física o anímica de la persona. En los enfermos con cáncer es común el miedo a la muerte y el temor a sufrir. Aunque los factores desencadenantes pueden ser muy diversos, como se ha mencionado anteriormente (dolor físico, incapacidad funcional, aislamiento social, ruptura familiar, vacío espiritual, etc.), cuando al sentimiento de amenaza se añade el de impotencia el sufrimiento es mayor.

La característica de *ser inevitable* confiere al sufrimiento un aspecto primordial de pasividad. En cierta manera se puede decir que no se puede evitar la aparición de sufrimiento, aunque se pueden realizar acciones para superarlo o vencerlo. La respuesta habitual de la persona hacia el sufrimiento inevitable requiere una *disposición hacia la aceptación o resignación* en cierta forma relacionada con el ejercicio de la paciencia. Los enfermos, obviamente en virtud de esta manifestación, se designan también como pacientes. Son pacientes porque sufren resignadamente la enfermedad.

Desde otra perspectiva el sufrimiento está relacionado con la calidad de vida. Se puede observar que sufrir es la otra cara, el envés de la buena calidad de vida. Para estimar la calidad de vida de una persona las coordenadas que se emplean son la capacidad de llevar una vida corriente, con actividad funcional adecuada según las necesidades, por una parte y por la otra el grado de satisfacción obtenido. La primera señala las limitaciones no queridas y la segunda la conformidad. Similarmente las coordenadas del sufrimiento son las carencias de las actividades cotidianas por una parte, y el grado de



«El sufrimiento intolerable podría ser definido como una situación de dolor o estrés intenso y duradero y debe ser tratado con enérgicas medidas».

aceptación o adaptación por la otra. (No he encontrado una buena traducción al castellano del verbo inglés *to cope*, que me parece insustituible para describir la estrategia de resignación-afrentamiento-superación hacia el sufrimiento inevitable).

El antagonismo entre sufrir y vivir bien es solamente relativo porque según la manera de ser de la vida humana, cali-

dad significa clase de vida en una escala que va de lo bueno hasta lo malo: felicidad en un extremo y sufrimiento en el otro. Al tratarse la clase de vida de una valoración multidimensional ambos ingredientes, felicidad y sufrimiento, coexisten y están representados variablemente en cada una de las situaciones de la vida humana.

DIMENSIÓN DEL SUFRIMIENTO EN EL ENFERMO ONCOLÓGICO

Se puede afirmar que el enfermo oncológico sufre durante toda la enfermedad. Comienza en el instante de la sospecha del diagnóstico, cuando éste se confirma y después cuando se hace la primera proposición de tratamiento inicial cualquiera que sea éste. Continúa después, incluso cuando existen perspectivas razonables de éxito terapéutico y el enfermo se puede curar, en las revisiones o controles posteriores al tratamiento. El sufrimiento se hace especialmente acusado cuando el cáncer es incurable o ha recidivado y sobre todo cuando se acercan la etapas finales de la vida.

Los tres factores que determinan la dimensión del sufrimiento en el enfermo oncológico son: los síntomas adversos, el más importante el dolor, la soledad y el sentimiento de pérdida de control de la situación.

Los tres aspectos tienen un enfoque médico y sanitario particular.

El dolor, el agotamiento físico, la agitación mental, y otros síntomas constituyen el ámbito de aplicación de los llamados cuidados paliativos. La soledad o aislamiento también es objeto de atención e instrucción a los familiares y amigos, otros cuidadores y voluntarios. La sensación de pérdida de control de la situación se puede beneficiar de una buena estrategia de comunicación e información.

El dolor y otros síntomas adversos

Uno de los objetivos médicos permanentes es el control de los síntomas adversos para mejorar la calidad de vida de los enfermos. Las bases de la estrategia terapéutica son: descripción cuidadosa de cada uno de los síntomas y signos, valoración y tratamiento pormenorizado de cada uno, cobertura durante día y noche, consulta por un equipo multidisciplinario que pueda tratar cada uno de los síntomas, evaluación específica del componente de ansiedad-depresión y tratamiento adecuado del dolor.

El tratamiento del dolor es uno de los aspectos más importantes. Se ha analizado el control del dolor y se ha comprobado que los enfermos con cáncer no se tratan suficientemente. La O.M.S. ha publicado una monografía al respecto para instruir a los profesionales de la salud (W.H.O. Technical Report Series N.º 804: Cancer Pain Relief and Palliative Care, Geneva 1990, 1-75). Es un síntoma muy frecuente, presente en 25 % - 50 % de los pacientes, y en 75 % de los casos avanzados. Se puede controlar totalmente en más de 80 % de los pacientes y en el resto se puede conseguir una mejoría muy importante. El fallo en controlar adecuadamente el dolor se debe generalmente a diferentes factores: ignorancia por parte del personal profesional sanitario, ausencia de enseñanza sistemática del tratamiento del dolor, prejuicios de la familia o del propio paciente, y dificultades administrativas para conseguir opiáceos en las farmacias.

“ Un componente habitual del sufrimiento es la percepción de una amenaza personal a la integridad física o anímica de la persona ”

“ En los enfermos con cáncer es común el miedo a la muerte y el temor a sufrir ”

La O.M.S. recomienda utilizar la llamada escalera de analgesia, donde se inicia el tratamiento con analgésicos del tipo inhibidores de la ciclo-oxigenasa (antiinflamatorios no esteroideos, ácido acetilsalicílico), pasando al segundo escalón con opiáceos menores tipo codeína, y por último a opiáceos mayores tipo morfina, a medida que se necesita mayor intensidad de tratamiento para controlar el dolor. Se requiere una valoración estricta y objetiva, una planificación horaria completa y una posología acorde con la intensidad del dolor, pudiendo llegar a administrar más de 250 mg de morfina por vía oral cada 4-6 horas si es necesario. Al mismo tiempo se deben administrar psicofármacos para potenciar el efecto analgésico y controlar otros síntomas (ansiedad, insomnio, depresión, etc.).

Otros síntomas que requieren tratamiento médico específico son la falta de apetito, las náuseas y vómitos, la diarrea o el estreñimiento, la sequedad e higiene bucal, los síntomas respiratorios, la tos, la fiebre, los derrames pleurales o abdominales, la incontinencia urinaria, las escaras cutáneas, la prostración e inmovilidad, los estertores y ruidos respiratorios, los síntomas neurológicos, las convulsiones, la agitación, etc. Existen monografías y libretos de recomendaciones específicas que comprenden todas las maniobras y tratamientos destinados a proporcionar un cierto confort o bienestar al enfermo crónico. El Ministerio de Sanidad y Consumo ha editado en 1993, con el título de Cuidados Paliativos, las recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) en una pequeña monografía que instruye los medios y métodos terapéuticos más habituales.

El aislamiento

El segundo problema de los enfermos con cáncer es la soledad, que reviste dos formas principales. Una muy obvia, por ausencia de familia cercana con quien compartir los avatares de la vida diaria, y que comienza a representar una situación común también en España. A veces la familia no está disponible la mayor parte del día, por las diversas ocupaciones laborales de sus miembros, o por ser de escaso número los familiares capaces de ofrecer los cuidados y atenciones necesarios.

La atención diaria se puede centrar alrededor de dos áreas principales: satisfacer las necesidades cotidianas y crear contenidos para rellenar la jornada con cierto grado de actividad. Las necesidades diarias se refieren a compañía, conversación, apoyo en la realización de algunas cosas habituales (aseo, alimentación, descanso), distracción y vela. Los contenidos que deben programarse dependen de las aficiones y gustos de cada paciente, acomodados a sus posibilidades.

Los hospitales y unidades de cuidados paliativos, el voluntariado que visita a los enfermos en dichas unidades o en sus domicilios, las unidades de atención domiciliaria que prestan

diversas organizaciones, y en España particularmente la Asociación de Lucha Contra el Cáncer, hacen un servicio necesario y fundamental al ofrecer alternativas de gran calidad.

Un buen sistema de atención al enfermo debe contemplar la continuidad de los cuidados, la organización de los mismos y la prevención del aislamiento una vez se ha causado el alta hospitalaria. El enfermo y la familia más próxima debe estar bien informada del programa que se ha previsto.

Pérdida de control de la situación

La otra forma de aislamiento es más difícil si cabe de solucionar porque afecta a la conducta y alude también a la cultura, aunque este aspecto, como se verá más adelante, no ha quedado muy clarificado. Corresponde al punto señalado anteriormente como el tercer problema importante en el sufrimiento del paciente con cáncer y se refiere al sentimiento de pérdida de control de la situación.

Por una parte el enfermo con cáncer está casi siempre mal informado, se le ha dicho la verdad parcialmente o tal vez incluso se le han explicado mentiras. Independientemente de que el engaño defrauda un derecho inalienable del enfermo a conocer su situación y pronóstico, así como participar en la decisión del tratamiento conociendo las posibilidades o alternativas existentes, hay que lamentar que detrás de un pretendido fondo cultural se pueda deshumanizar el trato con el paciente hasta el punto de crear una muralla de silencio, de irrelevancia, frivolidad o vacío alrededor del mismo. Se condena al enfermo a la incompreensión, a no poder hablar de sus proyectos, ilusiones, tristezas, afectos o recuerdos, con familiares, médicos o personal sanitario, amigos, compañeros, etc.

Por otra parte la situación real del paciente con cáncer, en cualquier fase de la enfermedad, pero sobre todo en los casos más avanzados, necesita un mayor esfuerzo de comprensión y comunicación. Los enfermos bien informados hablan mucho de su enfermedad, piden apoyo y necesitan compartir su situación para fortalecerse y mantener el optimismo. A medida que se acerca el final, cuando falta la información se hace cada vez más difícil la relación humana, llega a ser imposible el diálogo sincero y se pierden las oportunidades para fortalecer el afecto, actuar con lealtad y proporcionar consuelo.

Efectivamente parte de la responsabilidad es del paciente y la familia, pero una parte no menor es del médico que tiene el deber de informar la verdad. Ciertamente algunos enfermos no quieren conocerla y delegan tácitamente en la familia, pero ésta es probablemente una proporción mínima, como se ha podido comprobar en los países donde se informa habitualmente, como son la Europa del Norte, los EE.UU. y Canadá. La experiencia obtenida en los últimos tres años en el Departamento de Oncología de la Clínica Universitaria refrenda estos resultados: es deseable informar para el propio bien del paciente y existe una mejor calidad de la vida restante cuando la información es veraz. No se han detectado los temibles efectos secundarios anticipados anteriormente (ansiedad insuperable, depresión grave, sufrimiento moral incesante) aunque se ha podido reconocer la extraordinaria dificultad que existe al intentar transmitir toda la verdad.

Los modelos de información considerados recientemente en la teorías de la comunicación asumen que el médico emite un mensaje que ha de ser recibido por el paciente antes de que éste responda al mismo. El estado psicológico del médico afecta a la forma como el mensaje es emitido y el estado psicoló-

gico del paciente afecta también la forma en que éste es emitido. Antes de transmitir el mensaje el médico anticipa la forma de reaccionar del paciente y cómo va a hacer frente a lo que pueda ocurrir y voluntariamente intenta controlar los efectos que pueda causar la información en el paciente. El enfermo hace otro tanto y este efecto modifica la recepción del mensaje. Después que el paciente ha recibido el mensaje sucede la siguiente fase de la comunicación en la cual éste responde. A medida que interaccionan el médico y el enfermo, las respectivas respuestas de cada uno influyen en las subsecuentes emisiones y recepciones de nuevos mensajes.

Además existe por parte del paciente un filtro de percepción que le hace recibir sólo una parte seleccionada del mensaje emitido. Es muy frecuente que al contrastar con el enfermo la información asimilada después de la emisión de un mensaje relacionado con cáncer exista una gran discrepancia entre lo que se ha dicho o pretendido decir, especialmente cuando la información tiene un contenido adverso o negativo, y lo que el enfermo manifiesta haber entendido. El filtro actúa como un elemento de distorsión que protege al enfermo evitando que reciba la totalidad del mensaje, como una censura que oculta la parte que no conviene recibir.

EL SUFRIMIENTO INTOLERABLE

Los anglosajones denominan dolor total al sufrimiento intenso multidimensional de los enfermos terminales con cáncer. Este dolor tiene componentes físicos y psíquicos, manifestándose dolor, impotencia funcional, incapacidad para valerse o cambiar de posición, inapetencia, dificultad de relación. En ocasiones se presentan síntomas y signos más preocupantes, como son profunda postración, alteraciones de los ritmos de descanso, períodos de confusión seguidos de plena lucidez mental y otras veces agitación prolongada.

“ La situación real del paciente con cáncer necesita un mayor esfuerzo de comprensión y comunicación ”

“ El médico tiene el deber de informar de la verdad ”

Se puede definir como sufrimiento intolerable una situación de dolor o estrés intenso y duradero. Ocurre con poca frecuencia pero siempre es muy preocupante. En el contexto de una enfermedad incurable, se presenta siempre cerca de la fase terminal de la enfermedad, pero puede ocurrir todavía en una situación clínica en la que la supervivencia del enfermo es imprevisible y por lo tanto no cabe anticipar que la duración de la vida restante será muy breve. No se dispone de datos seguros en relación a número de casos, diagnósticos, demografía y situación de los enfermos, métodos terapéuticos y resultados, actitudes de los médicos, enfermeras y familiares, etc.

Es importante informar al paciente y a sus familiares sobre el enfoque médico hacia el sufrimiento insoportable y advertir sobre las medidas eventuales que se pueden llegar a tomar en caso de necesidad porque ésta es la complicación que más preocupa a los enfermos cuando han sido bien informados. Los pacientes deben saber si podría presentarse un

EL SUFRIMIENTO DEL ENFERMO MENTAL

Fidel Villaverde

Director del Secretariado de la Comisión Episcopal de Pastoral

Ha habido diversas experiencias, en mi vida, de sufrimiento tocado de salvación: se ve que Dios me quiere mucho, o que soy duro de pelar.

Recuerdo como especialmente ricas tres de ellas:

- *La tuberculosis, regalo con que estrené mi sacerdocio.*
- *Los problemas de mis ojos, con el ver más hondo de mi madre.*
- *Mi depresión profunda (1981/82) y la logoterapia de la fe.*

Mi comunicación versa sobre la tercera (en la que estuvo también presente el problema de mi vista).

Un esquema para esta comunicación:

Primero, mi enfermedad: cómo llegué a ella y cómo fue...; después, el contexto personal (los otros...); finalmente, mi experiencia de Dios en ella y en torno a ella...

Y una advertencia para empezar.

Las cosas no son sólo como son, sino también como se viven; además mi memoria es selectiva, y se queda de ordinario con lo bueno: más o menos como la de San Lucas. Yo recuerdo así esa experiencia.

MI ENFERMEDAD

Durante la primavera y el verano de 1981, empecé a sentirme enfermo; me fui hundiendo en una depresión profunda, para mí ininteligible en el primer momento, ya que nunca había pasado por un trance así.

Pienso que la cosa venía de bastante atrás. Por dar una fecha, me fijó en el año 1978.

Por entonces llevaba ya 8 años residiendo en Roma, en el

(Viene de la página anterior)

sufrimiento insoportable y las medidas que se tomarían llegado este caso. En este contexto es donde se ha presentado como una opción el respeto por la autodeterminación del paciente y la eutanasia (entendida como un suicidio asistido por el médico).

El sufrimiento incansable debe ser tratado con enérgicas medidas combinando analgésicos, psicofármacos y sedantes, con escalonamiento progresivo de la dosis hasta conseguir la remisión completa de los síntomas de *distress*, sin ninguna restricción basada en la repercusión sobre la supervivencia, es decir, manteniendo el tratamiento aunque acorte la vida o facilite el proceso de morir.

Uno de los métodos más eficaces entre los probados por

grupo internacional de un movimiento apostólico —el Movimiento por un Mundo Mejor— trabajando mucho y viajando con frecuencia a cualquier punto de Europa o América; viviendo en todo caso con ritmo muy intenso; y sin dedicar mucha atención al cuidado de mi salud. En alguna ocasión me había sentido peligrosamente cansado.

Pero, sobre todo, y durante todo ese año, sufrí de modo muy intenso al asumir en propio la crisis del sacerdocio de alguien tan próximo a mí como un hermano mío. Él mismo

“ Empecé a sentir a Dios como no lógico ni coherente ”

“ Se me pasó el gusto de trabajar, de charlar, de leer, de oír música... ”

quiso que me ocupase de acompañarle en ese trance. (Porque —así me dijo— se fiaba de mi modo de ser cura, nadie le conocía como yo, nadie iba a respetar su libertad como yo; aunque de antemano suponía que la cosa me iba a hacer sufrir mucho).

La crisis terminó, en octubre de ese año, como yo esperaba y deseaba que no terminase.

Todo ello coincidió con la celebración, larga e intensamente vivida, de mis 25 años de sacerdocio. Celebración que yo entendí como ocasión para una reconsagración personal en profundidad. Pensé mucho en ese tiempo en la segunda vocación de Pedro, cuando ya no presumía de valiente, porque había tenido la experiencia de no pasar de *cantamañanas*. (Me iluminó mucho a ese respecto la lectura de un librito de Segundo Galilea).

Cuando el tiempo de esa crisis y de mi acompañamiento terminó, me volví sobre mí mismo... Me pregunté una y otra

el equipo médico y de enfermería del Departamento de Oncología de la Clínica Universitaria ha sido la infusión intravenosa continua de Clometiazol, 4 g/500 ml, en 6-24 horas, según la necesidad de sedación y la respuesta, consiguiendo mediante la infusión acelerada, a razón de 20-50 gotas/minuto, abolir rápidamente la conciencia en caso de necesidad, mantener una profunda sedación con niveles más reducidos, entre 5-20 gotas/minuto, y todavía permitir una reacción de despertar y periodos de vigilia con la interrupción periódica y momentánea de la infusión. Clometiazol es un agente anestésico que no deprime los centros cardiovasculares o respiratorios y por lo tanto no requiere una supervisión especializada en nuestra experiencia.



«Miedo, impotencia, tristeza..., no me atisba el final».

vez en la oración qué mensajes de Dios había para mí en todo ello. Fui entendiendo que, para esa *reconsagración* en que yo pensaba, se me pedía pobreza y castidad más hondas, a la postre menos posesividad. (Tal vez, de modo no reflejamente consciente, yo había *sentido* a mi hermano como *hechura* mía. Aunque él me ha dicho siempre que le he respetado en su libertad personal, he sabido después que en ocasiones, por razones ajenas a su voluntad y a la mía, he podido ser el *padre* que condicionaba de modo menos positivo su autonomía).

Todo muy clarito, ahora. Pero entre lo vivido durante ese año de 1978 y una serie de circunstancias vinculadas a ello (entre otras, ciertos problemas en algunas instancias de la Iglesia, que habían tenido un peso determinante en esa crisis, o que una vez resuelta la hicieron aún más dolorosa), seguí pasándolo muy mal.

Hasta en mi fe. Empecé a *sentir* a Dios como no lógico ni coherente; forcejeando con él entre la petición de cuentas y la rendición: más o menos como en el drama de Job...

Ya en la primavera del 81, dos años y medio más tarde, después de una operación quirúrgica de menor importancia, que por lo demás terminó bien, empecé a no reconocerme.

De ordinario estoy a gusto en el trabajo: se me pasó el gusto. Me exijo mucho a mí mismo, y cuando entiendo que mis colaboradores no dan de sí lo mejor, trato de corregir carencias, a mi modo y con la discreción de que soy capaz, para no hacérselo pasar mal a ellos: entonces empecé a tenderme en la cama apenas tenía un tiempo libre, por estar del todo *desinflado*. Soy muy amigo de la comunicación personal, de recibirla y de darla; y bastante transparente (hasta charlatán): empecé a replegarme en mí mismo y en mi desgana... Me gusta mucho leer y me encanta la música, de cualquier época: dejé de leer y de oír música...

Entre agosto y septiembre de ese año del 81, dos cursos de

semana, de espiritualidad y de pastoral respectivamente, que dirigí en Alemania y en Austria, resultaron ya un trabajo tan improbable que, al volver a Roma hacia el 10 de septiembre, me fui sin más al hospital (con un pabellón para sacerdotes y religiosos) donde acudía cuando tenía problemas de salud.

Se me declaró y me reconocí enfermo. Con una profunda depresión. Hoy pienso que el saberlo y aceptarlo fue ya un primer paso en el camino de mi recuperación. En todo caso, empecé a ser enfermo *a tiempo pleno*.

(A propósito de este reconocimiento manifiesto, ajeno y propio, de mi enfermedad. Pienso que puede haber una gran injusticia en el hecho de *robar* a los enfermos la posibilidad de ser protagonistas conscientes de su condición de enfermos o de su posible muerte; por la vía del engaño *piadoso*. He hecho más tarde la positiva experiencia contraria, en una ocasión en que mi propia muerte fue hipótesis con la que contar en serio; ocurrió gracias al compromiso de informarme, con todos los cuidados del caso pero sin engaño, que pedí que asumiese, y que asumió, la religiosa médica que cuidó de mi salud los 12 ó 15 años últimos de mi vida en Roma).

Y vuelvo a mi experiencia de la depresión, tal como la recuerdo hoy.

Cuando pienso en ella, me parece que era más o menos así:

- La impresión de que me había *acabado*; a un deprimido le parece imposible volver a ser el hombre que ha sido antes; ha tocado fondo.
- La sensación de que la existencia ya no tenía *sentido*; en la depresión no funcionan como válidas y capaces de apasionar las cosas que antes han dado sentido a la vida normal.
- El asedio obsesivo de la pregunta de por qué ocurría eso, de quién tenía la culpa: si yo mismo, si otros, si Dios; pregunta de la que resulta muy difícil defenderse en una situación así; porque lo que no falla en la depresión es la

capacidad y la lucidez para pensar, aunque eso se haga con una peligrosa carga de subjetividad, porque objetivar es punto menos que imposible.

- El deseo de consuelo, y al mismo tiempo la experiencia repetida de que eso que en principio podía consolarme, una visita o una lectura o un paseo, ya no lo conseguía y me cansaba enseguida...
- Y, sobre todo, el deseo, a veces difuso, en ocasiones intenso, de que la muerte me liberase; y hasta un cierto miedo de que un día se me ocurriera procurármela; la tentación del suicidio me rondó a veces, nunca de modo tan violento que no pudiese defenderme de ella; de hecho, nunca hice nada por procurarme la muerte (además de la fe, contaba mucho la consideración de lo que otros podrían sufrir); pero desde entonces siento mucho más repeto por los suicidas...

Y el miedo, y la impotencia, y la tristeza... Una tristeza opresora, tenaz, negra... Una verdadera noche interior... (He pensado a veces en que era algo así como la pena de daño. Porque además no se atisba el final. Después también se me ha ocurrido pensar en lo de la noche oscura, no sé hasta qué punto con capacidades de purificación mística, pero en todo caso muy noche y muy oscura...).

Hubo una añadidura. Al mes y medio del comienzo oficial y reconocido de mi enfermedad, un herpes en mi ojo derecho, pertinaz y corrosivo... Desde entonces tengo problemas serios con mi vista...

“ Tenía la impresión de que me había *acabado*, que había tocado fondo ”

“ Mi familia sufría; mi grupo de trabajo nunca me sermoneó ”

Hasta tal punto la depresión anula al hombre que, aunque en los primeros meses del 82, medio año después del comienzo de mi *retiro*, tuve una cita con el médico de Lausanne que, más tarde, ya demasiado tarde, salvó mi ojo de la ruina total, desdije la cita porque no me atrevía a viajar de Roma a Lausanne (habré viajado en mis años de Roma tal vez unos 100.000 kilómetros); ni me pareció imaginable molestar a otros para ese viaje; ni en el fondo me importaba ya el problema de los ojos (incluso porque no tenía entonces conciencia de la gravedad del herpes).

Tengo un amigo que me vio casualmente en ese tiempo, deprimido y con media cara tapada por las vendas; dice que nunca ha sentido tan intensa la pena de la compasión impotente.

La depresión, reconocida como tal y en su grado más agudo, duró 11 meses, desde mediados de septiembre del 81 hasta ya entrado agosto del 82.

Desde ese tiempo, pasé en el hospital, en razón de la depresión, sólo dos o tres semanas, al comienzo; volví después periódicamente, para que me viesen los médicos; aparte de que la enfermedad de mi ojo me llevó de nuevo a éste y otros hospitales (que mi memoria selectiva ha cancelado, para suprimir algunos malos recuerdos...).

Después supe, en mis comunicaciones con los médicos —además de la religiosa dicha, otros dos estupendos médicos psiquiatras, además muy buenos cristianos— tres cosas:

- Al principio *se la pegué*, por ser a pesar de todo capaz de comunicar con ellos; tardaron algún tiempo en entender que el mal tenía raíces tan profundas y tan de atrás...
- Excluyeron por sistema lo de forzar el ritmo, lo de provocar la euforia artificial...; prefirieron dejar tiempo a que mi propia naturaleza venciese el mal a su ritmo normal...; en el fondo, con su tratamiento suave y controlado, me hicieron descansar para reponerme...
- En ocasiones me animaban, discretamente, a que hiciese acopio de paciencia y buscase fuerza en mi condición de creyente y de sacerdote...

EL CONTEXTO PERSONAL (los otros)

He hablado ya de mis médicos. A los que recuerdo con una sentida gratitud, y a los que he seguido viendo, ya de tú a tú y en razón de la amistad, hasta que dejé Roma en el 87. Así recuerdo también a las religiosas de aquel pabellón...

Otras personas

Mis familiares. Sufrieron al verme sufrir. Más aún, porque no podían explicarse una enfermedad así. Pero, salvo un viaje que hice a España relativamente pronto, y en el que vi que lo pasaban tan mal, procuré mantenerme lejos de ellos, en Roma, para ahorrarles penas.

Mi grupo de vida y trabajo, incluidas ahí otras personas de nuestro entorno, empleados por ejemplo en la sede de nuestro grupo.

Nunca me sermonearon. Tampoco percibí el mínimo atisbo de que para ellos tuviese más importancia el trabajo que yo no podía hacer que mi propio problema (depresión y ojos). A veces se creaban necesidades para pedirme ayuda, para convencerme de que todavía valía para algo: pedían mi juicio sobre un libro, me hacían pensar para ellos en un esquema de trabajo, forzaban alguna intervención mía en temas que sabían que podían darme una satisfacción, por pequeña que fuese... Sin más razón que la gratuidad, venían con frecuencia a pasar un rato conmigo...

Sólo una vez un compañero, más bueno que inteligente, trató tal vez de defender *el buen nombre de Dios*: y empezó a buscar explicaciones espiritualistas para mi sufrimiento... No sólo cerré los oídos, tal vez traté de cerrar hasta las orejas. Por no blasfemar. Él se dio cuenta y enseguida se fue callando y al poco desapareció.

MI EXPERIENCIA DE DIOS EN ESE CONTEXTO

O Dios y yo y la fe. Diré algo sobre el tercer punto en dos partes: La cura del *sentido* (o logoterapia) / Dios y nuestro sufrimiento.

Otra advertencia al llegar a este punto. A años de distancia ya no podría distinguir entre lo que fue mi experiencia de fe entonces y lo que ha sido mi reflexión posterior... Cuando estaba saliendo de aquel infierno, y ya fuera de él, me ayudó a hacer más refleja mi conciencia sobre el problema la lectura de algunos escritos bien diferentes (del rabino Harold Kushner, del jesuita Pierre Wolff, del maestro de la logoterapia Viktor Frankl, del también superviviente de un campo de concentración Primo Levi...). Como la semana que más tarde pasé en Polonia en las dependencias anejas a lo que había sido el

Lager de Auschwitz, más atento a las memorias de la victoria del hombre sobre el mal que al museo de los horrores...

La cura del «sentido» (o logoterapia)

Recuerdo como una travesía por el desierto mis misas de aquel tiempo. En una desoladora sequedad. Y conste que, por gracia, la Misa me sabe siempre a gozo. Durante bastante tiempo, en el hospital y fuera de él, preferí no celebrar si no era como concelebrante.

Tampoco era capaz de esa atención refleja y mantenida que exige la Liturgia de las Horas.

Desde el principio, por eso, me refugié en mis pobres oraciones: el Padrenuestro y algunas jaculatorias. Porque me resultaba indispensable, eso sí, alguna forma de oración.

Tiempo atrás, entre el 72 y el 75, había dedicado las horas libres de muchos meses a descubrir en la Biblia la oración de los amigos de Dios, con una pista que le debo a Dom Thierry Maertens, el monje belga. Comprobé entonces una y otra vez algunas constantes, y me familiaricé con ellas:

- Sujeto de la oración es siempre un *nosotros*: el del pueblo de la Alianza: no hay rastro de oración individualista en la Biblia...
- Destinatario de la oración es siempre el *Dios de la Alianza*; que nos ama como sólo Él ama... Si hay forcejeo en la oración, es para vencer no su *sordera*, que no existe, sino la posible desconfianza del orante...
- Objeto de la oración son siempre *los dones de Dios*: que cumpla sus promesas. A la postre, lo mejor que nos puede acontecer es que Él se salga con la suya... (Por ese camino, hasta la reflexión paulina de Rom. 8 sobre la oración del Espíritu en nosotros; hasta saber decir sólo Amén; o rezar el Padrenuestro, la mejor oración, dictada por Jesús mismo, y asintiendo al sentido que Él mismo quiso darle).
- Ocasión para la oración, todas las circunstancias de la existencia; como en los salmos; que la oración para el creyente es como la respiración, que nunca se interrumpe...

A decir verdad, la sutil intención secreta de mis Padrenuestros de los primeros días era pedir a Dios que me sacase de aquel infierno; pero tuve que corregir muy pronto, por coherencia con mis convicciones sobre la oración... Pasé muy pronto a una segunda intención de fondo: decir a Dios: «aquí me tienes... Tú verás lo que haces...» Algún tiempo más tarde *recordé*, vivencialmente, eso de la comunión de los santos y eso de los sufrimientos nuestros que completan los de Cristo...; y pensé que cuanto gente, y tal vez sin fe, estaría pasándolo peor que yo... A partir de ahí mis Padrenuestros fueron cambiando de alma...; y fue entonces cuando empecé a entrever que hasta aquel *sinsentido* de mi situación tenía sentido... (Mis médicos me preguntarían después, creyentes y perspicaces, si no había seguido *otro* tratamiento además del suyo...).

Y las jaculatorias. De construcción propia...; repetidas

“ Mis compañeros creaban necesidades para pedirme ayuda, para convencerme que todavía valía para algo ”

“ La sutil intención secreta de mis padrenuestros de los primeros días era pedir a Dios que me sacase de aquel infierno ”

docenas de veces...; muy lentamente...; y corrigiéndolas con añadidos nuevos a medida que lo sugería la consideración de mi situación o la vivencia de la fe...

Incapaz de hacer otras cosas *útiles*, y acaso movido también por la necesidad de huir del vacío, pasé muchos ratos en esos ejercicios... Hoy, y espero que siempre, le doy gracias a Dios por ello.

Insisto en que, paulatinamente, ese tipo de oración y de pensamiento *pobres* fueron dando sentido al tremendo *sinsentido* de la depresión.

DIOS Y NUESTRO SUFRIMIENTO

Termino. En este punto tenía en mis *reservas* una reflexión del padre Grasso, que le había oído a finales de los 60.

Quien sufre —me pasó a mí, como a cualquier Job en la historia de los hombres— se pregunta qué pinta Dios en todo ello. Seguro que la enfermedad me sirvió para ir madurando mi personal teología al respecto. Muy lentamente. El gozo de la madurez llegó cuando ya estaba fuera de la depresión. Como una explosión de gozo, el 30 de noviembre del 83, ya en Adviento, cuando desperté de la anestesia en Lausanne, después de la primera operación en mi ojo derecho, al comprobar que podía ver.

Muy *a posteriori*, resumo así las convicciones a que fui llegando a lo largo de toda mi experiencia.

- Dios no es la causa del dolor (Sabiduría). Ni siquiera una de las causas, que colocar en el mismo nivel que otras, como una con-causa más. De Él no puede proceder el sufrimiento. Si no fuese así, habría que acabar con Él y negarlo.
- El dolor viene de otras fuentes. Se me ocurrieron dos:
 - a) Nuestros límites: aunque nos hubiesen hecho de acero inoxidable, o de diamante, acabaríamos desgastándonos; todo lo que empezó a existir se consume y se acaba.
 - b) Nuestros errores, culpables o no, que *permanecen* en la historia. A lo grande, como la inhumanidad de nuestros sistemas que producen hoy la muerte de 100.000 personas al día, y que produjeron en el pasado la pobreza de generaciones de mis antepasados en una zona muy pobre de Castilla. A lo pequeño, como los miles de cigarrillos que hemos fumado, cada uno por su cuenta, el cardenal Tarancón y yo... En general, como el uso no acertado de cualquiera de las funciones de nuestra fisiología, como el trabajo, o el descanso, o la comida, o la sexualidad; que luego se estropean como un aparato cualquiera cuando no se tienen en cuenta las normas para el uso...
- ¿Y Dios? Dios viene a nuestro dolor. A nuestros *infiernos*, que no son hechura suya. Para abrir en ellos la puerta de salida. Para sacarnos de ellos. Para poner sentido, y de vida trascendente, donde la vida no lo tiene.

He terminado. Yo lo viví así. Hoy, lo sigo viviendo así. Bendiciendo a Dios porque Él es como es..., capaz de hacer fecunda nuestra más radical impotencia...

Él perdone mi impudor y mi verborrea y premie vuestra paciencia...

Él me acompañe —como hemos sabido esta misma tarde, voy ahora a ingresar en una clínica, donde mañana operarán otra vez mi ojo derecho— y confirme nuestra convicción de que lo mejor que nos puede acontecer siempre es que **ÉL SE SALGA CON LA SUYA.**

LH

11-1e

EL SUFRIMIENTO DEL ENFERMO DE SIDA

Javier Barbero

Esta carta es la crónica afectiva y reflexiva de mi relación con Juanma, un enfermo con Sida desarrollado. Juanma, ciertamente, no es un enfermo de Sida standard, aunque en él se acumulen —desgraciadamente— muchos de los sufrimientos habituales de estas personas. Su pasado y presente de marginalidad extrema condicionan enormemente su historia personal.

Puede que lo escrito no tenga demasiada secuencia lógica, me he limitado a pensar y sentir en voz alta la experiencia compartida de muchas noches en el hospital con el objetivo de intentar transmitir lo más fielmente posible el itinerario vital interno de sufrimiento de mi entrañable amigo. Como escritorio, la blanca mesa móvil de al lado de su cama; como sintonía, el dulce sueño de Juanma. Un marco ya difícil de olvidar. Es un homenaje a este chaval a corazón descubierto. Que la muerte social deje de ser precursora de la muerte biológica.

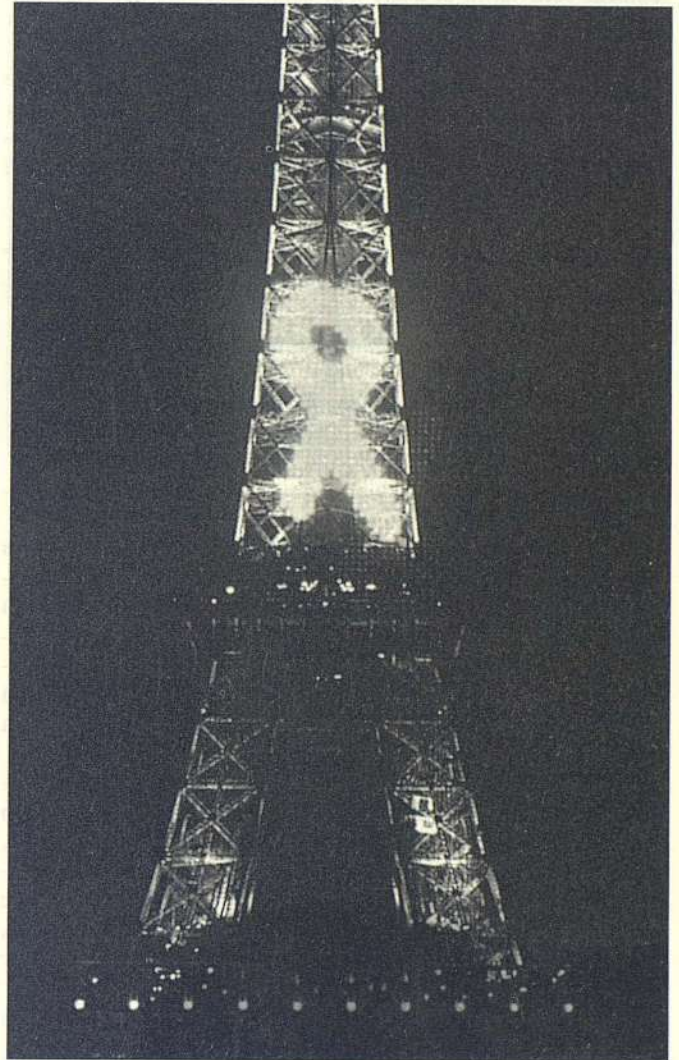
Querido Juanma:

Se me hace difícil entenderte, ya no sólo por tu lenguaje suburbial, de *lumpen*, sino porque siempre terminas rompiéndome los esquemas. Parece lógico, probablemente porque quiero entender tus mensajes desde mi enfoque, tan universitario, tan *progresista*, tan burgués. Y no acabamos de sintonizar. Tú hablas en FM, yo tengo puesta la Onda Media. Si no acabo de poder empatizar con tu sufrimiento, ¿cómo voy a ayudarte a conocer y desarrollar tus recursos?

Me pregunto si tenemos algo que decirnos. Vivimos en mundos separados, en compartimentos estancos que se odian a muerte. Desde pequeñito me han dicho que los que viven por tu *queli* son peligrosos. «Javier, no te acerques, en ese barrio te sacan la navaja por menos de ná». Tú, en cambio, recibiste la otra consigna: «Aquéllos son los verdaderos ladrones, los *Roldanes* de turno, los que pasan droga en las valijas diplomáticas, los que están conchavados con la *madera*, los que...». En fin, es el *sufrimiento de la distancia*, el provocado por el abismo entre el margen y los integrados.

Ahora, encima, te ha venido esa *ful* del Sida. Ni tú mismo te atreves a pronunciar la palabra mágica: suena demasiado a marginación y muerte. Nunca te has atrevido a confirmar tu Sida desarrollado. Probablemente prefieres mantenerte en la más inocente ignorancia. No importa, sabes que eres portador y que con determinados cuidados no vas a infectar al personal, con lo cual estás *tranqui*. Hasta tú mismo me avisas: «Camilo, colega, ponte los guantes para levantar la venda, que quiero irme a duchar».

Todavía —en 1995!— hay gente empeñada en culpabilizarte, ¿sabes? Sí, insisten en distinguir entre víctimas inocen-



El emblema de la lucha contra el sida en la torre Eiffel de París.

tes (los transfundidos, los peques, los hemofílicos...) y víctimas culpables (ya dables, los *toxis*, los infectados por darle al *asunto*...). Me pregunto por qué tanto interés en diferenciar y, sobre todo, qué tipo de utilidad. El interés parece claro: buscar culpables a quien acusar, chivos expiatorios con quien descargar toda la crispación que se masca en el ambiente. ¿Utilidad? Ninguna, a no ser la de seguir marcándote, encasillándote, cerrándote las pocas salidas que te pueden quedar. El *sufrimiento de la etiqueta*.

También me pregunto dónde estaban todos estos santones cuando a los ocho años, muerta tu *vieja* —como tú dices—,

y tu padre en el *talego*, te pusieron el primer *pico* para que no pasaras frío. Era el año 1975, el de la democracia, imagino que a ninguno se le ocurrió acercarse a ver qué pasaba o gestionarte un hogar medianamente digno. Tuviste que empezar a buscarte la vida como tú ya sabes. Viviste —y continúas viviendo— el *sufrimiento del abandono*.

Llevas unos cuantos días ingresado en el hospital, suficientes como para haber montado ya un par de *jaris*. Necesitabas la dosis habitual, se te cruzó el cable y te quisiste *abrir*. Normal, aunque esta vez tuviste la suerte de que unos cuantos colegas estuvieron al quite y al final te convencieron de que no pidieras el alta voluntaria, o mejor dicho, te dejaste convencer.

La calle —el aula real que te concedió el Ministerio de Educación— te ha enseñado a desconfiar, pero también a leer en los ojos de la gente. Es cierto que pides una incondicionalidad que tú probablemente nunca has dado, pero también he aprendido a percibirla... y a valorarla.

“ Nunca te has atrevido a confirmar tu sida desarrollado, probablemente, prefieres mantenerte en la más inocente ignorancia ”

“ Todavía hay gente empeñada en culpabilizarte, que insisten en distinguir entre víctimas inocentes y víctimas culpables ”

Me habéis enseñado mucho, querido Juanma, tanto tú como tus colegas invadidos por ese maldito virus. He aprendido que a la hora de acercarme a ti deja de tener interés tu procedencia social, la causa de tu contagio, el tipo de relaciones sexuales que mantienes o tus hábitos y conductas sociales. Eres una persona y sufres. Es suficiente. A partir de esta doble realidad el resto de tus datos me interesan sólo y en la medida en que pueden ser útiles para apoyarte.

Mucho de tu sufrimiento proviene de los juicios que recibes; ya conoces las frases: «Esa gente se merece el sida, se lo ha buscado...», ya sabe usted, cosa de drogatas y mariquitas... si se hubieran comportado como Dios manda...». (Convenría recordar a estos últimos que Dios también manda eso de «amaos los unos a los otros como yo os he amado», es decir, sin condiciones, hasta el extremo; *despiste* que no deja de ser elocuente).

Cuando les oigo, me recuerdan la parábola del fariseo y el publicano (Lc 18, 9-14), en la que se explicita el gran pecado de todo el Nuevo Testamento: poner fronteras, marginar, separar, juzgar. «Gracias, Señor, porque no soy como los demás: ladrones, injustos, adúlteros», dice el fariseo. Curiosamente la parábola está dirigida a «algunos que teniéndose por justos, se sentían seguros de sí mismos y despreciaban a los demás».

Me encanta verte tranquilo, relajado, disfrutando de la compañía y de lo que tienes a tu alrededor. Vas recobrando el apetito y eso hace que vayas saliendo poco a poco de tu extrema debilidad. Hace escasamente quince días, poco antes de ingresarte, fui a explicar a la asistente social de tu barrio —la del Ayuntamiento— que tu padre y tú llevabais dos semanas, cuando tocaba, a base de bocadillos. Necesitabais, por vuestro grado de desnutrición y debilidad, de alguien que os pre-

VOCABULARIO...

- *queli*: casa;
- *madera*: policía;
- *ful*: asco, «m...»;
- *vieja*: madre;
- *talego*: cárcel;
- *pico*: dosis de droga por vía intravenosa;
- *jaris*: peleas;
- *abrirse*: marcharse.

parara o llevara comida caliente, por lo menos temporalmente para aliviar el *sufrimiento de la subsistencia*. No hubo manera. Todo eran pegas: «el servicio de ayuda a domicilio está previsto sólo para ancianos, minusválidos y mujeres con cargas familiares. No pueden venir al comedor social del barrio, imagínate si se enteran los que van allí que estos dos tienen SIDA...».

Llegamos a proponer que fuerais al mediodía a una casa de comidas cercana a vuestro *tugurio* (ya lo habíamos hablado con el dueño) y que el Ayuntamiento os pagara por medio de tickets reembolsables una comida al día. Pero no, no y no. ¿La razón? «Nunca lo hemos hecho así». De alucinarsen...

Después de mucho discutir, me dijo que si os daba de comer, al día siguiente todos los drogodependientes del barrio iban a exigir lo mismo. Imagínate si aplica el mismo criterio a los ancianetes (!). Intenté explicarle que no estábamos hablando de consumo de drogas, sino de enfermos de SIDA en una situación muy deteriorada, a lo que ella repuso que los Servicios Sociales no tienen presupuestos para estos casos, y que era una cuestión de sanidad. Es el *sufrimiento de la incompreensión* más absoluta.

Yo, a los datos: «Mire, el período medio de hospitalización de un enfermo de SIDA es de sesenta días; un enfermo que dure 18 meses puede estar tranquilamente 16 en su casa, siempre y cuando se cubran sus necesidades básicas...» nada que hacer. Al final acabó diciendo —como si estuviera haciéndome una concesión— que sólo se ocuparían de ese tema si tanto tú como tu padre accedíais a pasar por el programa de desintoxicación del Ayuntamiento. Querrán desintoxicar cadáveres, porque si a un organismo con las defensas tan bajas como el tuyo le añades desnutrición, ya no le queda ninguna posibilidad de salir adelante. Es el *sufrimiento que provoca el sistema y las relaciones funcionariales y despersonalizadas*.

Lo tuyo es una lucha contra el tiempo, querido Juanma. Habrá una primera generación de enfermos de SIDA que se va a salvar cuando encuentren el dichoso tratamiento. Quizás tarden cinco años, quizás cinco meses... y si te cuidas mejorando tu sistema inmunológico y tu estado general de salud puede ser que formes parte de esa generación. Pero no te puedo prometer nada. Tendrás que aprender a convivir con el *sufrimiento de la incertidumbre y la amenaza permanente*.

Sé que médicamente tienes muy pocas posibilidades de ganar esa batalla, pero sigo manteniendo la necesidad (no sé si la tuya o la mía), de seguir luchando: tan importante es gozar de una vida en condiciones como vivir —fíjate en la parado-

ja— una muerte digna. Aunque sea lo único realmente digno que hayas podido disfrutar en esta puñetera vida.

Para morir con dignidad se necesitan dos condiciones fundamentales: alivio del dolor y la posibilidad de tener alguien cercano a tu lado. Por desgracia, en tu caso, sólo estando hospitalizado podrás conseguirlo. Y tú lo sabes. De hecho, sólo se te cruza el cable cuando no podemos estar contigo y, a la vez, te retuerces de dolor. Ante el *sufrimiento de los síntomas físicos y de la soledad no querida* creo que aún podremos hacer algo entre todos.

La Constitución te ampara: tienes derecho a asistencia sanitaria. La última vez que te acompañé para ingresar nos dijo el médico de guardia que ya estaba harto de ti (en eso no le faltaba razón, después de cuatro altas voluntarias), pero metió la pata al decirnos que no te iba a ingresar. Le pedimos que lo pusiera por escrito, a ver qué opinaba el juez. Ya es triste llegar a ese tipo de presión, pero no hubo otro remedio. Me cuestiono cuál es el criterio central de la asistencia sanitaria. Tú, enfermo, habitualmente eres el último mono, dependes de criterios médicos, del libre albedrío de los dioses de la bata blanca. Tu ingreso no lo decidía tu situación física, sino la incapacidad de manejar la angustia de los propios sanitarios, sus carencias a la hora de asumir y de resolver los conflictos.

Admito que eres un tipo difícil, rebelde, realmente imprevisible, pero ello no es razón para no atenderte. Los enfermos que no sois dóciles, agradecidos, *pacientes*, también tenéis derecho a estar hospitalizados. Aunque tengáis que padecer el *sufrimiento de ser desadaptativamente distintos*.

Tú ingresaste, tuviste la suerte de ir acompañado por gente que tiene ciertos recursos para exigir sus derechos que no tenían los 30 sujetos *inscritos* en la lista negra de personas *non gratas*. La enfermera de admisión tenía orden de explicarles que no podían ingresar. Increíble, pero cierto, y eso que estamos en un Estado de bienestar social. Gracias a Dios esta lista ya no existe, tu propia situación ha evitado, esperemos que de forma definitiva, una realidad marginadora, ilegal, anti-constitucional.

“ La calle te ha enseñado a desconfiar pero también a leer en los ojos de la gente ”

“ He aprendido que a la hora de acercarme a ti deje de tener importancia tu conducta y tus hábitos, eres una persona y sufres ”

Tengo que reconocerte que tampoco a mí me ha sido fácil el poder entenderte, entrar en sintonía. Tu situación y algunas de tus actitudes me han provocado angustia, verdadera tensión. Hemos tenido enfrentamientos, pero también —y eso es lo único importante— estamos tendiendo hilos capaces de tejer una relación basada en la confianza y en la comprensión mutua.

Los dos somos personas heridas, porque participamos de eso que se llama condición humana. También somos seres con capacidad de sanación para los otros, con innumerables recursos personales para ayudarnos a crecer. Sí, es a partir de nuestras heridas y recursos como podemos acercarnos y estimarnos, querido Juanma. Y sólo es desde ahí desde donde

ALGUNAS CLAVES DE SUFRIMIENTO EN LA PERSONA CON SIDA...

- El sufrimiento de la distancia, el provocado por el abismo entre los integrados y el margen.
- El sufrimiento de la etiqueta que califica y clasifica.
- El sufrimiento del abandono, esposo fiel de la indiferencia.
- El sufrimiento de los juicios y prejuicios.
- El sufrimiento de la subsistencia: ni pan ni medicinas *p'a* llegar a fin de mes.
- El sufrimiento de la incompreensión más absoluta.
- El sufrimiento que provoca el sistema y las relaciones funcionariales y despersonalizadas.
- El sufrimiento de la incertidumbre y de la amenaza permanente.
- El sufrimiento de los síntomas físicos y de la soledad no querida.
- El sufrimiento de ser desadaptativamente distintos.
- El sufrimiento del anonimato forzoso y de la clandestinidad.
- El paradójico sufrimiento de la auténtica esperanza.
- El sufrimiento de la rabia y el sinsentido.
- El sufrimiento de la libertad vivida en clave de riesgo.

te estoy empezando a sentir como alguien entrañable, con una increíble capacidad de ternura.

Desde la muerte de tu madre —me lo has repetido muchas veces— es la primera vez que te has sentido querido por alguien (Mari Carmen, Chema, Fernando y compañía) y evidentemente es lo único que te impulsa a luchar contra el *mono*, ese hígado inflamado, la tuberculosis y no sé cuántas cosas más. Tu historia ha sido la de la lucha por la supervivencia, completamente a la defensiva y, claro está, llega un momento en el que ya no sirve existir para sobrevivir, se pide algo más. Quizás demasiado tarde. Esperemos que no. En esa lucha contra el tiempo, que quieres vivir, y con densidad, creo que lo vas a conseguir.

Hace unos días vino al Comité gente de TV. Querían entrevistas —y filmar— a un *sidoso*. El objetivo primero era interesante: denunciar la calamitosa situación extrahospitalaria de muchos de vosotros (carencias en la higiene, lavado de ropa, alimentación e incluso falta de un techo donde cobijarse).

En fin, con los de la tele hablamos de las condiciones: imagen distorsionada o semioculta, voz trucada, secreto absoluto... Estamos hartos de que nos consideren monos de feria y si tenéis sarcoma de Kaposi, mejor que mejor. Las manchas que provoca son llamativas. También morbosas. De todas formas creo que han entendido nuestra posición y que van a respetar esas condiciones. Probablemente es un mal menor, a costa de padecer el *sufrimiento del anonimato forzoso y la clandestinidad*.

No se trata de esconder la realidad, sino de evitar parcializar, sectorizar, como ocurre cada vez que se habla de SIDA y sacan en la tele al homosexual y al *yonki* de turno.

Tu pasado ha sido duro, el presente amenazante y el futuro tiene negras perspectivas; y aun así sigues —a contracorrien-

te— soñando. El *paradójico sufrimiento de la auténtica esperanza*. Esta esperanza sabe ser activa, creativa, crítica, constructiva. También sabe que, de igual forma que los hombres hemos creado estructuras injustas y opresoras, somos capaces de transformarlas en algo gratificante e igualitario. Hay muchos interesados en hacernos creer sus frases asesinas: «imposible, esto no hay quien lo cambie; no vale la pena luchar, está todo manejado». Están empeñados en que nos muramos a los 25, aunque toque enterrarnos a los 80, sobreviviendo así 55 años a base de ensanchar las tragaderas y entrenar buenas espaldas. No saben que lo nuestro es la biografía y no la cronología.

¿Sabes que le tengo miedo a tu muerte? Por un lado, mi fe me dice que el Padre (con mayúscula, el que no abandona), te va a acoger con los brazos abiertos, va a hacerte sentir su presencia como un montón de ternura, no te va a preguntar qué has hecho ni por qué, sino que, simplemente, va a invitarte a compartir su mesa como le daba por hacer a su Hijo hace unos 2.000 años.

“ Me encanta verte tranquilo, relajado, disfrutando de la compañía y de lo que tienes a tu alrededor ”

“ Tendrás que aprender a convivir con el sufrimiento de la incertidumbre y la amenaza permanente ”

Por otro lado, tu ausencia me llenará de tristeza, pasarás a integrarte en mi vida como un proyecto de amistad inacabada, maldeciré a los que te juzgaron desde sus pistolas, sus togas o sus escaños sin conocerte y sin darte una oportunidad real y efectiva. Y esas noches interminables en el hospital, finalmente pertenecerán al recuerdo de las lecciones magistrales más hermosas que he escuchado en la vida, querido Juanma.

He podido sentir una terrible impotencia al ser consciente que estás en el estado final de un SIDA ya irreversible, pero también he descubierto —porque ahora sí que me lo creo— que el hombre es un ser de posibilidades, capaz de nacer y renacer continuamente, una historia vital en la que nunca debe escribirse la palabra imposible. Para la mayoría de los ciudadanos eres, en tu comportamiento social, sencillamente incorregible, un deshecho irrecuperable. Nuestra experiencia ha demostrado que con un apoyo y seguimiento cercano, personalizado, creativo y alternativo, hubieras podido salir

adelante, porque no es sólo cuestión de voluntad, sino también de recursos. Ya conoces por qué tu SIDA me revienta las entrañas. Compartimos el *sufrimiento de la rabia y el sinsentido*.

Hoy me has pedido que te diga la verdad, me has suplicado que no te engañe. Quieres saber lo que realmente tienes, así, a las claras, sin tapujos ni recobecos. Te han cambiado el tratamiento por las reacciones de los últimos calmantes. Pero no tienes un pelo de tonto. Te hueles lo peor.

Mañana hablaré con el médico, aunque sé lo que me va a decir: es cuestión de tiempo, no hay solución.

¿Qué decirte, compañero? Tienes derecho a saber la verdad, tu verdad, aunque temo tus reacciones. ¿Te irás a buscar la sobredosis? Voy a correr el riesgo, tengo que dejar que seas tú y no lo que yo desearía de ti y para ti. Además, estoy seguro que —como siempre— nos vas a sorprender. Un trozo más de ese cajón de sorpresas que está resultando tu vida. La libertad, tu *libertad vivida en clave de riesgo*, sigue siendo fuente de gozo, pero *también de sufrimiento*.

Esto es todo, Juanma. Puede que sean mis últimas letras para ti. Una carta que nunca leerás, pero que adivinas, como buen pícaro, diariamente en mis ojos. No sabes lo que me cuesta escribir estos últimos párrafos; en mis venas penetra la rabia cada vez que cojo el papel, porque suena a despedida.

“ Tan importante es gozar de una vida en condiciones como vivir una muerte digna ”

“ Ante el sufrimiento de los síntomas físicos y de la soledad no querida creo que aún podremos hacer algo entre todos ”

“ Tu libertad vivida en clave de riesgo, sigue siendo fuente de gozo, pero también de sufrimiento ”

Te vas pero no me dejas, porque hay presencias que no terminan con el último hilo de vida. Sólo quiero darte gracias por dejarme acompañarte, por ayudarme a encajar, desde la crudeza, la paradoja que entraña la vida, por romperme los esquemas, por impulsar mi esperanza y por hacerme un huequecillo en lo más entrañable de tu corazón.

Que Dios te bendiga y hasta pronto, compañero.

Te voy a echar mucho de menos.

Javier

EL SUFRIMIENTO DE QUIEN HA PERDIDO A UN SER QUERIDO

A FRANCISCO JAVIER MORENO GAIBAR DE SUS PADRES Y HERMANA

Querido Fran:

Una vez más ¡Felicidades en tu onomástica! Y por muchos años que podamos felicitarte, aunque sea así, hasta que definitivamente, volvamos a vivir juntos esa Felicidad que tú ya disfrutabas desde el imborrable 14 de junio de 1992.

Este año ha sido un día verdaderamente especial: Hemos tenido la suerte y la alegría de disfrutar con la presencia de tu hermana que, teniendo una semana libre, decidió pasarla con nosotros, aquí en Madrid. Ha sido un día hermoso y tenso: Estábamos todos juntos, es el día de tu santo y siendo cuatro, estábamos tres y tú dentro de cada uno de nosotros. Lo hemos celebrado en la Eucaristía de las 7 de la tarde de la Iglesia del Carmen, en el corazón de Madrid. Como siempre le ocurre *desde entonces*, tu madre ha terminado *mojándose las mejillas*. Ha sido un encuentro sereno y agri-dulce. Te he notado presente, muy próximo, durante el Canto de Comunión: He tenido la suerte de que se haya entonado «El pescador de hombres». ¿Te acuerdas, cuando érais pequeños, cuantas veces lo cantábamos dentro del coche? «Señor, me has mirado a los ojos, sonriendo has dicho mi nombre...». ¿Te acuerdas que fue precisamente entonando esa misma canción cuando saludé a Su Santidad Juan Pablo II y no me lavé la mano hasta el día siguiente, después de acariciarlos con ella en el Aeropuerto del Prat? Han sido entrañables recuerdos de nuestras vivencias familiares. ¡Como cantaba tu hermana, no estando tú! ¡Cómo lloraba tu madre porque tu no estabas ya...! Y como yo, cantando por fuera y llorando por dentro, estaba con ellas, pendientes de ellas, queriendo estar contigo. No sé si me entiendes, hijo, aunque intuyo que desde tu estado las cosas son más fáciles de comprender que para los que todavía tenemos que ver a través de los ojos, escuchar con los oídos y tocar con las manos. Los sentimientos, más que expresarlos, hay que vivirlos. Al menos a mí me es muy difícil exteriorizarlos, aun siendo, tú bien lo sabes, muy visceral.

Finalizado tu funeral mis ojos no han vuelto a derramar una lágrima y me consta que las glándulas lagrimales funcionan con absoluta normalidad. Y sin embargo tu madre... Pero, por ello, no creo que mis sentimientos estén devaluados. Pena, rabia, impotencia, tristeza y dolor, son parte de los componentes de una sensación de vacío que nos creó tu muerte.

Tú sabes que de todas las formas de morir, la que a ti te tocó *vivir* es la que de siempre más he temido. Tú sabes que, independientemente de tus 21 años, has sido nuestra *primera*

experiencia familiar. Tú sabes que tanto tu hermana enfermera, como tu padre, médico, no tuvimos la oportunidad ni de mojarle los labios, secarte el sudor, nada... Ni siquiera un beso de tu madre, ni tan sólo una mirada. Nada... Sólo llorarte, sólo sentirte fuera de nuestras vidas, arrancado bruscamente. Sólo pena, rabia, impotencia, tristeza y dolor. Sólo VACÍO...

Pero también sabes que tu muerte y sus circunstancias han servido para darnos más cuenta de lo mucho que es capaz de amar el ser humano, del funcionamiento de la solidaridad, de las infinitas delicadezas recibidas. Tú sabes, querido Fran, que en nuestra amargura, dolor y soledad, no hemos estado *solos* en ningún momento. Tú sabes de acompañamientos, visitas, cartas, telegramas, llamadas telefónicas... ¡Qué preciado dossier guarda tu madre de todo ello! Tú sabes, hijo, que han estado, están con nosotros, amigos desde los cuatro puntos cardinales de la Península, pasando por sus islas, hasta África y Oceanía. ¡Tu muerte fue una explosión de AMISTAD!

Tu salida de este mundo ha servido para solucionar algún problema laboral a tus compañeros, para que *tu jefe* cumpla sus deberes de justicia social. A nosotros, tus padres, tu viaje nos ha enseñado a relativizar las cosas de este mundo, a darnos cuenta de que el sistema métrico decimal sirve tan sólo para medir «las pequeñas cosas de esta vida», y que las que realmente tienen valor se escapan a este sistema de medida. Tu separación física nos ha *aligerado* el peso de muchas cosas. Tu muerte, Fran, estoy convencido de que no ha sido estéril, aunque nos cueste encontrarle sentido.

Sin embargo queremos que sepas que esos sentimientos de dolor, soledad y vacío, esas muestras de cariño y amistad, todo lo que tu separación nos supone, está bañado de ESPERANZA en un nuevo reencuentro gozoso y definitivo. Mientras llega ese momento —¡qué larga se hace la espera!— nos consuela la certeza que nos da la fe de saber que estás bien, mejor que nosotros, en plenitud definitiva, disfrutando con tu abuelo Paco, en la presencia del PADRE bueno y misericordioso de todos. Y eso, Fran, nos da alegría y fuerzas para seguir viviendo y sufriendo, todavía aquí. Por eso mandamos esculpir en tu lápida aquello de «Fran no nos deja, tan solo nos precede en la Casa del Padre...».

Termino ya, enviándote como regalo nuestra gratitud. Gracias por habernos dejado quererte. Gracias por permitirnos ejercer nuestra paternidad intensamente. Gracias por ofrecernos la ternura de tus sentimientos. Gracias por la felicidad que nos diste y nos sigues ofreciendo. Gracias por todo y, una vez más ¡Felicidades, hijo!

Un beso.

EL SUFRIMIENTO DE LOS QUE ASISTEN A LOS ENFERMOS

Después de recoger los diferentes ámbitos del sufrimiento en los enfermos, no podemos olvidar que el profesional de la salud también se angustia, sufre, se preocupa. Hemos pedido a varios profesionales (directivos, médicos, enfermeras, voluntarios) su opinión en base a su experiencia personal: ¿qué es lo que te hace sufrir en cuanto a profesional de la salud? Éstas han sido sus respuestas.

«OS PUEDO ASEGURAR QUE CADA MAÑANA, HASTA QUE NO ME INFORMAN, TENGO UNA SENSACIÓN DE INTRANQUILIDAD»

DR. SALVADOR ROFES

*Gerente.
Hospital Sant Joan de Déu.
Barcelona*



Se me ha solicitado que escriba un artículo sobre el sufrimiento de los directivos de los hospitales para el número especial que LABOR HOSPITALARIA va a dedicar al sufrimiento de los enfermos. Cuando recibí el encargo pensé que me sería fácil, pero a medida que he ido reflexionando sobre el tema, han ido apareciendo ante mí una serie de consideraciones que me han hecho reflexionar profundamente.

El enfermo no ha escogido su enfermedad, y por ello podemos hablar de su sufrimiento. Los directivos de hospital por contra, si hemos escogido nuestro sitio de trabajo de manera voluntaria, estamos bien remunerados, y muchos pueden pensar que si sufrimos es porque queremos, y que para eso nos pagan. Sin embargo pienso, que las preocupaciones de un gerente o de un directivo de primer nivel de un hospital, no tienen nada que ver con los de un gerente o de un directivo de una empresa multinacional, que gire un volumen de facturación similar al que por ejemplo constituye el presupuesto

del Hospital Sant Joan de Déu, cifrado en más de 6.300 millones de pesetas.

Independientemente pues, de la voluntariedad, del sueldo y de otras connotaciones, voy a explicar mis vivencias desde lo que supone el sufrimiento o las angustias de un gerente de un gran hospital. Son vivencias muy personales, diferentes seguramente a las de otros colegas, pero son las mías, y sobre las que voy a pronunciarme.

Soy gerente del Hospital Sant Joan de Déu de Esplugues, desde hace más de cuatro años. Antes fui médico traumatólogo en el Hospital de la Vall d'Hebron durante quince años: sé lo que es la angustia del quirófano, la del enfermo que se complica, la de la guardia compleja, la de la muerte instantánea del motorista joven, y el llanto de la madre a la que le han dicho que su niño ha muerto atropellado. He estado seis años ocupando cargos de alta responsabilidad en el *Institut Català de la Salut*, varios de ellos teniendo a mi cargo los conciertos de los hospitales, intentando buscar la equidad en la distribución de los recursos, siempre escasos, presidiendo tribunales que adjudicaban plazas de por vida, y dejaban frustraciones irreparables en algún que otro candidato perdedor, y viviendo el día a día de casos, administrativamente complicados, y que generan escándalos periodísticos.

Pasé a la Gerencia, como un paso más en mi vida profesional. Así, pensé, podría vivir la experiencia de vivir la Sanidad desde los tres vértices del triángulo: asistencia, administración y gerencia. Como ya he dicho, llevo más de cuatro años de gerente, y os puedo asegurar que cada mañana cuando entro al trabajo, hasta que mis colaboradores directos me han dado las novedades de la noche anterior, tengo una sensación de intranquilidad, que se agudiza mucho más los lunes en que no he estado en el centro el fin de semana. La pregunta es siempre la misma: ¿Qué puede haber ocurrido ayer?

Un hospital es una empresa muy especial, que está funcionando 365 días al año, mañana, tarde y noche, lo que conlleva una gran complejidad. La base del hospital son las personas, que como tales pueden cometer errores, que a veces pueden ser irreparables. Errores de diagnóstico, de medicación, quirúrgicos, etc., que cuesta asumir, pero que dentro de los miles y miles de actos médicos, de enfermería y otros, que cada día se generan, son inevitables por mucho que se tomen todas las precauciones para tender al error cero. Y cuando pasa uno de estos casos, y llega al conocimiento del gestor, genera una gran ansiedad, no sólo por el acto en sí, sino también por la actitud a adoptar delante del profesional: ¿se trata de un caso aislado?, ¿se hubiera podido evitar?, ¿fue un error o una negligencia? Ante el error no repetido, sólo cabe la compren-

sión, el apoyo al profesional y el poner todas las medidas posibles para que no vuelva a ocurrir. Ante la negligencia hay que actuar sancionando al infractor, por muy doloroso que sea.

Otra de las grandes preocupaciones del gestor hospitalario es el mantener un buen clima laboral. Aunque esto es común en todas las empresas, en un hospital la conflictividad laboral puede tener una repercusión clara en la atención al enfermo, que puede llegar a ser grave en el caso de huelga. Hay factores que influyen sobre este clima, que a veces están en manos de los gestores: diálogo, información periódica clara y veraz de la situación del centro, proyectos de futuro, ... pero hay otras, especialmente las económicas, que la mayoría de veces vienen condicionadas por los presupuestos y la equiparación con los sueldos del sector, básicamente cuando la práctica totalidad de los ingresos provienen de la administración pública, en las que el gerente tiene muy poco margen de maniobra, cosa que, normalmente, no es entendida por los trabajadores.

Pero en el hospital, no sólo hay trabajadores. Hay máquinas y dispositivos de electromedicina, que aunque estén sometidos a programas rigurosos de mantenimiento preventivo, pueden fallar en cualquier momento, con las consecuencias secuelas, a veces también irreparables. Hay también centenares de instalaciones eléctricas, conducciones de gases, ascensores, manipulación de alimentos, etc., en los que en un momento dado puede darse un fallo de consecuencias imprevisibles.

En el hospital hay que tender a la calidad total. En esta búsqueda consiste precisamente el sufrimiento del gestor. Hay que analizar una a una las reclamaciones del usuario, primero para ver si están justificadas, y para las que lo estén, buscar la manera de solucionarlas. Hay veces, sin embargo, que estas soluciones no son posibles, como por ejemplo el acúmulo de urgencias que se produce en determinados días, y que provocan demoras en la atención de más de tres o cuatro horas. Te encuentras condicionado por la superficie de unas instalaciones, que siendo útiles para la mayor parte de los días del año, son insuficientes para determinadas puntas. Y aunque hayas puesto los esfuerzos que crees necesarios, te marchas a casa con la angustia de las urgencias colapsadas, y pensando en la posibilidad de un error facultativo, que tiene que ver en 24 horas decenas de niños con síndromes muy parecidos (fiebre, vómitos, etc.), y en el personal de enfermería que tienen que soportar las protestas de los usuarios, pero a la vez, rindiendo admiración a la profesión médica y de enfermería, auténtico *pim pam pum* de los medios de comunicación, pero honesta hasta la saciedad, en la gran mayoría de sus miembros.

Formar parte del equipo directivo de un hospital no es ninguna prebenda. Hay que buscar recursos donde no los hay, hay que decidir en qué emplear los citados recursos, lo cual muchas veces constituye un verdadero problema ético: ¿por qué comprar este aparato y no aquel otro?, ¿por qué aplicar esta inversión al servicio A y no al B?, ¿por qué no subir los sueldos y dejarse de inversiones? Desde el punto de vista presupuestario hay una gran diferencia con el directivo de una empresa con ánimo de lucro. A este último se le mide su actuación por los beneficios. Al gerente del hospital se le pide cuadrar al máximo un presupuesto, hacer una buena y ética distribución del mismo, pero no se le exigen beneficios. Y en

más de un caso, el gerente tendrá que arriesgarse en autorizar un determinado recurso no presupuestado, porque en ello puede ir la vida de un enfermo, aunque luego en la cuenta de explotación pueda haber un poco más de déficit.

La complejidad de los problemas del día a día, que van surgiendo en el hospital, te obliga a tomar decisiones rápidas, que no pueden precederse de un estudio complejo, y que en muchas ocasiones hace que, a posteriori, tengas fuertes dudas si tu decisión ha sido acertada o no. Pero el hospital es así. Un laberinto complejo, donde el enfermo es lo más importante, y precisamente por esto, porque estamos tratando de vidas humanas, la complejidad y el sufrimiento de la gestión alcanza a veces, niveles difíciles de explicar en un simple artículo. Sin embargo el hospital te recompensa en ocasiones con hechos y palabras que te compensan de las angustias antedichas.

Es la frase de agradecimiento de unos padres, la foto dedicada de un niño con el «gracias por haberme salvado la vida», o la carta de Alba, la niña que escribió al director de un periódico diciendo que el cáncer se cura, y ella se curará del suyo gracias al esfuerzo de todos los profesionales del Hospital San Joan de Déu.

«ME HACE SUFRIR EL NO HABER SABIDO ACOMPAÑAR AL ENFERMO»

RAMIRO BRUN LON

Delegación Pastoral de la Salud.
Huesca



Me permito hacer unos grupos, que indican las diversas causas que han podido ser motivo de mi sufrimiento en este campo de la salud:

Personales

- El si he sabido o no oír como es debido al enfermo en tantas ocasiones en que me han hablado. Lo mismo referente a la familia.
- El si he sabido o no acompañar siempre al enfermo en todos sus momentos y circunstancias. Lo mismo referente a la familia.
- Si de verdad he pensado con serenidad las respuestas dadas a sus preguntas o me he dejado llevar del paternalismo. Lo mismo con las familias.
- Si he dedicado al enfermo y familiares todo el tiempo que podían necesitar.
- Si habré sido prudente y, en lugar de hablar, saber acompañar en silencio al enfermo y familia.

Familia

- La falta de cultura y formación sobre la salud y la enfermedad.
- La falta de ideales en la vida, que lleva a un gran exceso de egoísmo; incluso llegando a negar el más pequeño detalle o capricho del enfermo.
- El alejamiento de Dios, que lleva al rechazo de todo: Se da el abandono; parece los aparcen en el centro y ya no se acuerdan de ellos. El enfermo llega a ser un estorbo, molestia o carga; incluso hasta llegar a desear su muerte. No se respetan sus sentimientos religiosos ni de otro tipo.
- No haber descubierto el sentido salvador de la enfermedad, debido a una fe débil o perdida; de ahí: La oposición a que se les ayude con la recepción de los sacramentos. El creer que los sacerdotes se acercan al enfermo sólo para mandarlos al otro mundo.
- La creencia de que todo acaba con la muerte; ello origina: La oposición a que se reciban los sacramentos y se les prepare a bien morir, se puede asustar el enfermo, pero no se asusta por llevar al notario. El abandono incluso después de la muerte.

Enfermos

- Las quejas contra Dios como único responsable y causante de la enfermedad.
- La desesperación al no conseguir una rápida curación.
- La no aceptación de las limitaciones humanas.
- La demasiada y única confianza en el poder —como cosa mágica— de los médicos.
- La falta de responsabilidad personal para colaborar eficazmente en su curación, que conducen: A la indiferencia ante los consejos y prescripciones de los médicos. Al querer curar a su modo y con rapidez.
- La falta o debilidad de la fe, que lleva consigo: La indiferencia en lo espiritual. El no querer saber nada de Dios, quien me castiga y no me concede lo que le pido, lo que es mi bien. El rechazo y obstinación en no querer recibir los sacramentos porque: no necesitan ponerse a bien con Dios; no hay nada después de esta vida; porque nadie ha venido a decir qué hay después de esta vida; porque todo es un montaje de la religión.

Centros

- El palpar: la deshumanización, la despersonalización, porque no: se cuenta con el enfermo; se le informa; y se le mantiene alejado de su situación.
- La falta de personal vocacionado, porque: para unos es un *modus vivendi*, para otros su preocupación es que llegue el final de mes.
- La falta de responsabilidad en algunos profesionales, lo cual lleva consigo: La indiferencia ante las necesidades y peticiones del enfermo. El desprecio manifiesto con quejas, gesto, críticas... El pasotismo. El no cumplimiento del deber. La falta de respeto al enfermo y a su intimidad.
- La indiferencia religiosa en el ambiente sanitario, lo que conduce: A burlas y risas ante la administración de los sacramentos o cualquier cosa de carácter espiritual. A no respetar las creencias y sentimientos religiosos del enfermo, dando como justificación la no obligación de avisar al sacerdote.

Ante todo esto, hay que afirmar que también se dan casos totalmente opuestos y satisfactorios y ¡ojalá! fueran cada vez más.

«SUFRO ANTE LA IMPOTENCIA, CUANDO NO ENCUENTRO SENTIDO, CUANDO NO LOGRO COMPRENDER»

JOSU CABODEVILLA

*Psicólogo Clínico.
Hospital San Juan de Dios.
Pamplona*



Esta pregunta me obliga a hacer una importante labor de introspección, y además a hacérmela en voz alta, aspecto que me cuesta más que la propia introspección. Durante mi formación como psicólogo clínico me he sometido y me someto a dolorosos procesos de comprensión de mí mismo y de mi existencia. Y en estos procesos me he encontrado de todo. Hoy puedo decir que no tengo miedo a bucear nuevamente en mi interior aun a sabiendas de que a veces estas inmersiones pueden ser dolorosas.

¿Qué me hace sufrir, a mí? Me preguntan y me pregunto. La verdad es que me resulta más sencillo preguntarme sobre el ¿qué me hace dolerme? Creo que dentro de mí siento alguna diferencia entre sufrir y doler, y no me refiero al dolor físico.

Yo, como profesional de la salud, ¿cuándo me duelo?

Sobre todo me duelo cuando no soy capaz de comprender lo que está viviendo la persona a la que atiendo. Me duelo y sufro, cuando se me queda algo pendiente, cuando no he sabido expresarle algo que he sentido mientras atendía a esa persona. Me duelo y sufro cuando con el enfermo en situación terminal creo llegar a rozar algo que no logro entender a la luz del conocimiento psicológico. Me duelo y sufro cuando pacientes en proceso de crecimiento o psicoterapia rozan interrogantes que no tienen explicación.

¿Qué es lo que te hace a ti sufrir en cuanto profesional de la salud? Dejé el escrito hace ya algunos días y lo vuelvo a retomar después de haberme explorado algo más. He encontrado algo. Me he descubierto que algunas cosas me molestan, otras me duelen, y otras me hacen sufrir. Es un proceso gradual que va desde las pequeñas molestias hasta los grandes sufrimientos pasando por asuntos dolorosos. Y a su vez estos tres grandes grupos (molestias, dolores y sufrimientos) también son graduales. Me explico. Una pequeña molestia es algo que puede ser insignificante, que obviamente no me va la vida en ello, pero que me supone un cierto malestar. Es como si se me metiera una piedrita en el zapato, puedo caminar, pero no me siento bien del todo. También en mi trabajo como psicólogo en una Unidad de Cuidados Paliativos o como psicoterapeuta se me meten pequeñas piedritas, que en mi caso tienen que ver con autoexigencias. Estas autoexigencias las siento a dos niveles, con el equipo de profesionales, y con los enfermos y familiares.

A veces, después de haber estado con algún enfermo o familiar, me doy cuenta de alguna pequeña insatisfacción que la logro aclarar en algo así como «he estado bien, correcto, eficaz... pero podía haber estado mejor». estas *molestias*, que decía antes, pueden ir aumentando y convertirse en una gran molestia o ya casi en un *dolor*. También me produce molestias de distinto grado cuando no encajo con algún enfermo, cuando me cuesta comprender su mundo, etc.

En general, en mi trabajo con enfermos terminales, me suelo doler cuando no doy de mí todo lo que soy. Cuando se me queda algún asunto inconcluso hacia algunos pacientes. Estos *dolores* son ya cualitativa y cuantitativamente distintos que las *molestias*.

En los *sufrimientos* aparece una cualidad específica, ésta es que es uno mismo quien convierte un dolor en sufrimiento, interpretando y contaminando ese dolor con la manera peculiar de ser. Es entonces cuando el dolor se vuelve más intenso, más doloroso.

En el sufrimiento hay una elaboración con toda nuestra historia psíquica, con todas las asociaciones dolorosas que hemos ido labrando nuestro ser en el mundo, con todas las valoraciones culturales y sociales de nuestro entorno. En el sufrimiento nosotros, cada uno de nosotros, construye su andamiaje. Mi pasado, mi infancia, la manera en que me acariaron o no lo hicieron, la manera en que me acunaban, si es que lo hacían, la forma de susurrarme afecto o el no afecto, el como me valoraban mis padres, mi entorno familiar más cercano, la manera que descubrí a los otros, a los demás, la manera en que me acerqué a ellos, mis temores, mis miedos, mi vivencia de la separación (empezando por la separación del nacimiento), la filosofía de la vida, la religión, el sin sentido..., todo ello tiene algo que decir en cómo sufro, y de qué sufro.

Y ahora, cuando me pregunto sobre mi sufrimiento como profesional me vienen a mi mente personas con nombre y apellidos a las que he acompañado en su proceso de morir, y con las que he sufrido (Carlos, Matzalen, Pablo, Jesús, José, Juana, Javier...). Y mientras escribo estos nombres me doy cuenta de que su recuerdo ya no me duele, sino que me da paz. Me vienen frases, escenas que en su momento me hicieron sufrir y que hoy sin embargo las recuerdo como tesoros que me reconfortan al contemplarlos.

Así como mis *molestias* y *dolores* tienen que ver con autoexigencias e insatisfacciones en mi manera de expresarme. En el *sufrimiento*, en cambio, tiene más que ver con aspectos existenciales y transpersonales. Sufro cuando acompaño al moribundo por unos interrogantes sobre el sentido de la vida, o cuando la persona que muere medita o intuye cosas que no logro entender pero que me estremecen y van más allá de la persona individual y concreta a la que estoy atendiendo. Sufro cuando un paciente en su proceso de psicoterapia no acaba de encontrar sentido a su vida, y la continuidad de su existencia pende de una última decisión.

¿Qué es lo que te hace sufrir a ti en cuanto profesional de la salud? Se me pregunta, y qué difícil se me hace distinguir a veces entre mi Yo personal y mi Yo profesional.

Qué difícil y qué duro se me hace hablar, escribir, sobre mi sufrimiento en este día de Navidad. Este sabor nauseabundo, este vacío ante una muerte inesperada y violenta de ¿una amiga?, ¿de una paciente?, que sé Yo. No distingo en este momento si mi dolor tiene que ver con mi amiga, o con mi

paciente. Y además tampoco me importa. Sólo sé que sufro, es como enfrentarme a un abismo, en el que intentar reconstruir sus últimos momentos me hace sufrir. Recordarla también me duele, y preguntarme el por qué sin obtener respuesta me deja mal. Pensar que no la volveré a ver me resulta insoportable.

¿Qué es lo que te hace sufrir a ti en cuanto profesional de la salud? Se me pregunta. La impotencia, cuando no encuentro sentido, cuando no logro comprender, cuando me pregunto si Yo no podía haber hecho algo más, cuando te imagino en ese agujero negro de nuestra existencia, aterida por el miedo y por el frío donde no llega la calidez de otro ser, donde no hay tiempo, ni un mañana que me permita la esperanza de que todo pasa, que hoy también pasará, ni tan siquiera eso ¡Dios mío!, ni tan siquiera eso.

Imaginate en ese agujero me hace sufrir, y pienso ahora que tal vez sea... porque yo... también lo siento en mi interior.

«SUFRO CUANDO NO OFRECEMOS TODO LO QUE TENEMOS Y LLEVAMOS DENTRO»

ENRIQUE LÓPEZ PRIETO

Técnico en Radiología.
Hospital A. Marcide.
El Ferrol



¿Qué es lo que me hace sufrir en cuanto profesional de la salud?

Me hace sufrir cuando se percibe que la persona no se encuentra contenta, cuando no le ve sentido a la vida, su autoestima está herida, no encuentra el camino para dirigirse hacia su autorealización.

Me hace sufrir al ver que el *hombre* es el que ataca a sus semejantes, el que los esclaviza, es el depredador de la naturaleza, el que ensucia por donde pasa.

A quien le corresponda leer esto, se preguntará, este tío, se pasa, se desvía del tema. Con sinceridad creo que no. Como persona y como profesional de la salud entiendo que si la persona está contenta, tiene un alto sentido de los valores humanos, con una autoestima, autocontrol y una paz interior... les aseguro, porque lo creo, que este *hombre* no ataca a sus semejantes, cuida el medio, ya que es parte integrante de él.

Por todo ello y con la capacidad de acción y reacción de nuestra naturaleza, con un ecosistema *limpio*. Seríamos capaces de *cerrar la mitad de los hospitales del Estado*, disfru-

tando de una salud psicofísica y social superior a la que disponemos hoy.

Enrique, como técnico en el Servicio de Radiología

Recuerdo que llega al Servicio un niño de unos cinco años, muy pálido, casi no podía llorar, acompañado por su madre, toda angustiada. El niño con luxación y fractura del codo derecho. Buscas en ti la mejor disposición de calma, ternura y destreza técnica, para que salga todo bien. Una vez efectuadas las dos proyecciones standard, observas que se necesitan más radiografías para llegar al diagnóstico correcto. El compartir aquel dolor casi te paraliza, pero tu responsabilidad te empuja, pones el brazo del niño en la posición adecuada, a fin de que el estudio sea el correcto para poder diagnosticar.

Otro día recibes una señora de mediana edad, con el rostro desfigurado por heridas y contusiones; le preguntas, ¿qué le pasó mujer?, entre sollozos me cuenta que su hijo le propinó la gran paliza. Cinco años antes empiezan los grandes problemas en su familia: Su marido quiso poner su hijo, *drogado*, en manos de los profesionales: médicos, psiquiatras, psicólogos, policía. Ella, la madre, no tan sólo se interpuso, sino que lo cobijó, dándole todo lo que tenía, cuando nada tenía ya, le da la gran paliza.

Sufres, cuando llega un compañero, como paciente, al Servicio, en el cual años anteriores, estuvimos trabajando juntos. Se le hace la radiología solicitada por el Servicio de Urgencias, donde se le aprecian unas lesiones sospechosas de metástasis ósea, que luego se confirman con otros estudios específicos. Muere a los pocos meses.

Sufres cuando otra compañera, también en otro estudio radiológico le diagnostican cáncer, percibes como a través del tiempo se va apagando su capacidad vital, hasta que se va...

Sufres cuando crees que no es necesario la radiología, tú tienes que apretar el *botón*, exponiendo a la persona a una radiación inútil y peligrosa.

También cuando te equivocas en la técnica (dosis de radiación inadecuadas). De forma similar cuando se estropea el estudio o parte de él por averías en la maquinaria.

Sufres cuando se trata a los enfermos sin el respeto que merecen, los tratas como objetos, te pones a hablar delante de ellos sin hacerles caso, sólo vas a hacerle la *placa* y continuas la conversación con el compañero...

Sufres cuando con prepotencia algunos profesionales pasamos a familiares o amigos delante, ante los enfermos que sufren, esperan y perciben esta injusticia.

Se sufre, cuando el anciano pide la muerte y ves su cuerpo lleno de *tubos*, escaras, expresión de dolor, y en un medio extraño. Sintiendo humillado al percibir que no se cuenta con él para sus propios problemas.

Resumiendo

Cada día, en cualquier hospital similar a éste, nos encontramos casos similares a los ejemplos expuestos, y uno no se acostumbra. Cada caso lo vives con mayor o menor intensidad, de ahí, que al salir del trabajo intentas desconectar.

Se sufre también cuando tienes una sensación de impotencia al percibir que gran número de profesionales no somos

adultos psíquicos: no nos queremos, no tenemos autocontrol, no tenemos paz, nuestra autoestima está rota...

¿Qué tenemos en nuestro *yo*?: Descontrol, crispación, desgana...

¿Qué podemos ofrecer, nosotros los profesionales, a nuestros enfermos? Justamente lo que tenemos, lo que llevamos dentro... Todo esto me hace sufrir.

Tanto los profesionales de la salud como los pacientes, somos *sociedad* y como tal, buena parte de esta sociedad estamos empeñados en ser esclavos de pensamientos, sentimientos, acciones un tanto superfluas; ej., el consumo por el consumo, vivir para el exterior, etc.

Y no nos damos cuenta de la ventaja que tendríamos si, con nuestra imaginación creativa, nos creáramos un mundo positivo donde se encuentra la *felicidad*.

«EL MOMENTO MÁS DURO PARA MÍ ES LA RECAÍDA DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS»

**DR. JUAN JOSÉ
SATRÚSTEGUI**

*Adjunto Oncología Médica.
Hospital Oncológico
de Guipúzcoa*



En el ámbito de mi trabajo, como profesional de la prevención, diagnóstico y tratamiento del paciente con un tumor maligno, son muchas las circunstancias en las que el sufrimiento se hace patente en mi experiencia. Sin embargo, voy a referirme a una situación, que es para mí la más dolorosa.

El manejo de estas enfermedades conlleva, en la mayoría de los casos, a una relación con el paciente, que desde el diagnóstico, durante el tratamiento y posterior seguimiento, se prolonga durante años.

En el período que dura este proceso, durísimo casi siempre, el paciente se entrega muchas veces totalmente, llegando a confiarse al médico como a un amigo que le ayuda no sólo a curarse físicamente y comparten momentos de desánimo y de euforia, analizan otras veces problemas personales, familiares, económicos, etc.

En este contexto, cuando se produce la recaída, y no existe más tratamiento que el sintomático, en esa situación de impotencia es la experiencia más dolorosa, el momento más duro que se produce en mi labor profesional.

Quiero añadir, que los pacientes, a pesar de lo dramático que resulta saber que su proceso es ya incurable, saben, en general, sobreponerse y dan muestra de una entereza, que siguen admirándome cada vez que hablamos de estos problemas.

«QUÉ DISTINTA ES LA ACTITUD ANTE EL SUFRIMIENTO DEL HOMBRE QUE NO TIENE FE»

HERMANA
ESTER ASENSIO ORTIZ

Delegación Pastoral de la Salud.
Valencia



«Me sedujiste, Señor, y...». Sí, has comprendido muy bien; quien escribe es una religiosa. Hace algunos años descubrí que mi vida, a ejemplo de Jesús, no podía sino traducirse en una atención, en una preocupación por los demás y estos más necesitados: enfermos, pobres, ancianos o cualquier persona necesitada de consuelo, alegría, paz. ¿Existe en la sociedad mayor signo de pobreza? Poco a poco han ido ocupando un lugar central en mi vocación y descubro en ello que mi vida tiene hoy un sentido muy concreto. Mi respuesta a la invitación de Dios se centró y continúa siéndolo en la caridad. No dudo que cualquier persona me puede necesitar, pero quien tiene menos consuelo, quien vive más desprovisto, con la mochila más vacía para la vida en este mundo es el anciano y el enfermo.

Ésta es pues, la segunda parte de la frase con que he querido comenzar este pequeño testimonio, la explicación personal. Un día, hace ya algunos años, lo comprendí, podía y quise hacerlo. El rostro del otro, el cuerpo del otro, me descubría la posibilidad de acercarme, de amar a Dios. Me daba cuenta de que si no deseaba «querer en el aire» tenía que hacer real, el proyecto que acepté con mi sí. Los otros eran mi posibilidad y mi afirmación a través de mis propios actos. Esto es lo que me ha enseñado el sentimiento de responsabilidad; mi yo comprometido se ligaba a Dios en mi prójimo. La realización de aquel proyecto era la señal o el signo de mí misma. Creo que puedo llamar generosidad a este salto hacia delante y con él estaba apartando toda indeterminación y toda posibilidad en cuanto la estaba haciendo una realidad.

En todos los hombres, mis hermanos, te veo a Ti, Señor; te siento cerca, próximo, y no puedo pasar de largo, porque en ellos, mis hermanos, tus hermanos, te haces presente.

Como recuerdo aquellas palabras: «bienaventurados los misericordiosos...». No puedo decir que no necesito de tu misericordia, tu compasión, pero a veces me olvido de ello y sólo pienso que son los enfermos, los pobres, drogadictos, marginados, ancianos quienes están precisando de mí, de mi atención y de mi tiempo. Yo sé, Señor, que a cambio me estarás ofreciendo tu amistad.

Tu seducción, Señor, quiero realizarla en el tiempo, quiero hacerla historia; no quiero encerrarla en mí-misma; quiero llevar mi vocación más allá, es decir, realizarla en el tú. Ese tú que a veces en un gran silencio me dice: ayúdame. Gracias, Señor, por haberme ayudado a comprender que: quien no es

capaz de amar al otro, es incapaz de amar la eternidad. Éste quiero que sea el sentido de mi vida.

Llevo ocho años como delegada de la pastoral del enfermo y de la tercera edad, en la parroquia de la Sagrada Familia (Valencia) y actualmente formo parte del Equipo Diocesano de la *Pastoral de la Salud*. ¿Cómo no va a trabajar por la salud, por la paz, por la alegría la persona sanitaria?

Comparto con san Pablo, aquella actitud de la que nos habla en Colo. 1, 24: «Ahora me alegro por los padecimientos que soporto por vosotros». No veo en ella una actitud pasiva por parte del Apóstol, sino todo lo contrario, la vivencia activa de la exigencia de su fe, y que a su vez nos alienta o nos estimula en convertirnos como él en portadores de gozo a un mundo en medio de la tribulación. Quizás hoy, más que nunca estamos experimentando múltiples formas de sufrimiento y dolor, de esclavitudes; quizás hoy como ayer, nuestros hermanos precisen de la alegría y de la esperanza que nace de la fe cristiana.

Ya la *Salvifici Doloris* de Juan Pablo II, nos decía que la Iglesia (Iglesia somos todos) nace del misterio de la redención en la Cruz de Cristo y está obligada a buscar *el encuentro con el hombre, muy particularmente en el camino del sufrimiento*. Pero detengámonos un momento en el último libro de Su Santidad Juan Pablo II: *Cruzando el umbral de la esperanza*; y fijémonos en la presentación que nos hace del Señor, no sólo nos lo transmite como quien es AMOR, sino como el que derrama amor en nuestros corazones. Jesús es el amor que lo soporta todo (1.ª Cor 13, 7), es el amor más grande (1.ª Cor 13, 13).

Hoy, como ayer, en el Gólgota, basta mirar a la derecha o a la izquierda, para descubrir el dolor, el sufrimiento, una realidad que envuelve al hombre. ¿No tendremos que decirles los cristianos a quienes se desesperan y ven en él muerte, que tanto el dolor como la enfermedad puede abrir nuestro espíritu a otras dimensiones?

San Pablo no sólo nos dice: «me alegro por los padecimientos...» (Col 1, 24), sino que: «completo en mi cuerpo lo que falta a los sufrimientos de Cristo» (Cor 1, 24). No sólo se alegra, sino que se suma con gozo al sufrimiento redentor de Cristo. Qué distinta es la actitud ante el sufrimiento, ante la enfermedad, del hombre que no tiene fe.

Pero mi preocupación aumenta, cuando por parte de quien rodea al anciano o al enfermo, no es capaz de descubrir que aquél cuerpo es «templo del Espíritu», que ha sido creado por Dios a imagen y semejanza suya, que posee a pesar de su incapacidad una dignidad que merece todo nuestro respeto y cariño. Me preocupa el menosprecio que a veces advierto en las personas que rodean a un enfermo, su falta de ternura y afecto, es señal de la falta de sensibilidad de un mundo dominado por lo eficaz, por lo instrumental, por el dominio, por el rendimiento.

Mi sufrimiento nace por no poder dedicar más momentos a los que viven solos. Cómo me gustaría que el día tuviera muchas más horas. Que niños no fueran abandonados, o vieran el aspecto trágico que a veces algunos padres llevan a su hogar. Lo que están viendo y soportando otras muchas personas me produce una gran pena. Y, ¿qué decir de aquellas criaturas que empezaron a vivir y por voluntad de sus padres no vieron la luz del día? ¿No fueron fruto de amor? Entonces, ¿a qué redujeron sus cuerpos?, ¿dónde está lo personal, lo interpersonal? ¿Y la libertad?

Puede ser que hoy no tengamos que considerar enfermo al que está en un hospital o en una cama de su casa, los que tienen alguna herida, deficiencia física o mental, ¿no está gran parte de nuestra sociedad herida? ¿Está enferma nuestra sociedad? Estamos precisando al Cristo médico, quien es capaz de dar vida. Estamos necesitando el buen servicio que en otros tiempos la religión le prestó al hombre de cara a unos valores que se compartían y hacían la vida más feliz y consecuentemente humana. Sí, me preocupa enormemente la ausencia de valores que tiene nuestra sociedad actual: la insolidaridad, la amenaza constante de la vida, la corrupción, el hedonismo; es el fruto del materialismo que tiene encantado al hombre actual. ¿Cómo no me va a producir sufrimiento, descubrir que hoy sólo cuenta el sano, el fuerte, el que produce? ¡me siento a veces tan impotente ante un mundo tan inhumano!

Todo ello me provoca y estimula a fundamentar mi vida sobre el Evangelio, buena nueva, para los enfermos y los pobres. Alegría para quien carece en esta vida hasta de lo más necesario. Y pido al Señor que no me contente con palabras, sino que lleve a la vida aquellas palabras tuyas: «Cuántas veces hagáis estas cosas a uno de mis hermanos, a mí me lo hicisteis» (Mt 25, 40). O lo que sería lo mismo, le pido a Dios que me ayude a llevar a la práctica, la parábola del buen samaritano.

Amar a Jesús es seguirle también en la Cruz. Y ser capaces de demostrar incluso en esos momentos tan difíciles que los límites de lo humano no son capaces de destruir nuestra alegría y nuestra paz porque estamos llenos del Espíritu.

«LO QUE MÁS ME HACE SUFRIR ES LA DESHUMANIZACIÓN QUE EXISTE EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS»

LUKE AGUIRRE

Enfermera.
Hospital de Cruces.
Baracaldo



Las dividiría en diferentes etapas o procesos: Remitiéndome a la época de estudiante de enfermería, *mi primera fase* era adquirir conocimientos y técnicas para ser más útil en el servicio al enfermo, aliviando el dolor, dándole conversación por decir de alguna manera *sanando*, esa ilusión o ideal del comienzo de generosidad, entrega, etc. No había descubierto aún que esta sociedad consumista en la que vivimos se fija exclusivamente en personas eficaces, prestigio, poder, más que en el *ser*, no teniendo en cuenta la *dignidad* y los *derechos* de los enfermos. Tampoco yo tenía claro, en aquel entonces, que el profesional sanitario una de sus misiones era ayudar a des-

cubrir su dignidad y su misión en la sociedad; tampoco sabía que el profesional sanitario una de sus misiones era de acompañar a tantos enfermos crónicos y personas mayores que puedan vivir solas para que no les falte una palabra de consuelo y cercanía agradable. Toda esta cantidad de sufrimientos que diariamente se hacen presentes en los centros de salud y en muchas familias sirven para aplicar hoy a esta sociedad la redención de Jesús.

Segunda fase: Que a raíz de padecer en mi propio cuerpo la enfermedad que me tuvo encamada durante un mes, más un año de baja (pleuritis), aprendí mucho desde mi experiencia en mi propia carne. La deshumanización en nuestros centros sanitarios, familia, etc. Como tuve mucho tiempo para reflexionar y analizar situaciones y actitudes, mi manera de proceder ante el dolor y sufrimiento, descubrí desde mi propia situación a relativizar alguno de los valores y formas de vida de la sociedad actual en la cual me incluyo, la eficacia, la competitividad, la ambición del dinero, poder de éxito y prestigio... me ayudó a recuperar los valores fundamentales del evangelio: la gratuidad, la fuerza del amor, la esperanza, la entereza en la hora de la prueba, a vivir en sentido cristiano las etapas de mi enfermedad y posterior.

Actualmente lo que me hace sufrir mucho es la deshumanización que existe en estos centros hospitalarios en los que trabajamos, intereses mencionados anteriormente, más tus propias limitaciones. A pesar de todo, intento vivir con serenidad y en positivo, para ello trabajo en un servicio que me permite realizar dedicando el tiempo necesario a cada enfermo. Servicio de Nefrología-Crónicos, Departamento de *Hemodiálisis y D.P.C.A. a domicilio*, lo que hoy llamaríamos *atención integral*.

Procuro cada día prepararme, desde que me levanto, como creyente, antes de nada doy gracias por el nuevo día que se me ha dado, rezo un salmo e intento personalizar, o leo un texto del Evangelio haciendo lo mismo, el evangelio exige un compromiso, de esta manera me preparo para la jornada de trabajo, teniendo en cuenta esas actitudes de Jesús, luchar contra las injusticias que se dan a nivel personal, en el trabajo, estructuras, etc.

Me ayuda a ser cercana acogiendo al enfermo que se acerca con miedo, inseguridad, ansia, angustia, etc., de alguna manera vivir esos valores de Jesús, que libera, da seguridad, transmite esperanza. A la vez que voy enseñando y voy aprendiendo del sufrimiento a saber *estar*, escuchar, disponible para los imprevistos que puedan surgir, aunque esto no quiere decir que no me cuesta vivir día a día, resulta duro, siendo responsable de las actuaciones en cada momento. Para ello me ayuda el tener un grupo de referencia donde comparto y comunico mis preocupaciones... a su vez es una ayuda el sentirte que no te encuentras sola en esta empresa.

Para terminar quiero que quede plasmada esta oración que rezo por las mañanas.

ORACIÓN

Señor, me has escogido para curar y cuidar a los enfermos. Quiero ser como tú, acogedor con todos, en especial con los más desvalidos, sensible ante sus sufrimientos, paciente con sus limitaciones y libertador de sus miedos. Cura, Señor, sus dolencias, acepta mis limitaciones, alivia mis cansancios y fortalece mi debilidad.

Ayúdame a ser buen profesional, competente en mi trabajo, humano y servicial.

¡Bendice a los enfermos y bendice al personal sanitario!
Amén.

«EL MAYOR SUFRIMIENTO RADICA EN CONSTATAR LA IMPOTENCIA PARA ALIVIAR O ABOLIR EL DOLOR»

DR. EDUARDO ECHANIZ

*Jefe clínico, anestesiólogo.
Hospital Oncológico
de Guipúzcoa*

Para referirme a los motivos que generan sufrimiento en los profesionales sanitarios, que trabajamos con pacientes doloridos oncológicos, creo básico considerar los siguientes temas:

- Me produce sufrimiento a nivel personal el tipo de relación a que obliga las demasiadas veces insuficiente o falsa información que el paciente posee sobre la naturaleza y pronóstico de su enfermedad. Tener que informar de forma realista al paciente en esas condiciones para justificar la agresividad de la terapéutica antiálgica es sumamente desagradable, sobre todo cuando ello implica desacreditar las falsas expectativas promovidas por los anteriores médicos o profesionales que le trataron, lo que genera en el paciente desconfianza y la sensación de haber sido traicionado. Por tanto, creo que es absolutamente necesario que el paciente (*todos los pacientes*), reciban en todo momento la información suficiente para comprender la naturaleza y significado de su situación.
- Los familiares del paciente manifiestan, a veces, exigencias o deseos en cuanto a los objetivos terapéuticos que colisionan con los que el paciente plantea o con los que la deontología nos impone a los médicos, lo que supone otra fuente de tensión y sufrimiento.
- En el plano estrictamente profesional, el mayor sufrimiento radica en constatar la impotencia para aliviar o abolir el dolor con los medios terapéuticos a nuestro alcance; las limitaciones de estos medios son muchas veces autoimpuestas por la inseguridad o las creencias personales de los profesionales que trabajamos en el dolor (una de las premisas básicas en terapia antiálgica es preservar el nivel de conciencia del paciente que le permita seguir viviendo como persona y no como vegetal, y esto se respeta muchas veces a costa de una insuficiente analgesia).

Pienso que se debería respetar prioritariamente la voluntad del paciente por encima de estas apreciaciones personales de los profesionales, aunque esto nos introduce en el vidrioso tema de la eutanasia (sobre el que no creo oportuno opinar aquí).

En mi práctica profesional como anestesiólogo que soy, el tratamiento del dolor se contempla como actividad accesoría de la priorizada actividad perquirúrgica, por lo que muchas veces se realiza en condiciones de escasez de tiempo o de fatiga acumulada, que a veces implican un compromiso de responsabilidad profesional y jurídica.

Si las condiciones de organización del trabajo permiten la

dedicación exclusiva al tratamiento del dolor, el alivio de este sufrimiento implícito en mi actual práctica profesional sería muy considerable (de todas formas, debo aclarar que me agrada más mi trabajo en quirófano que el relacionado con el tratamiento del dolor crónico; considero que éste es muy grave desde el punto de vista psicológico: en el mejor de los casos —éxito terapéutico— contemplas la agonía y fallecimiento de gran parte de los pacientes).

Sufro también cuando, como consecuencia de la obligatoriedad de realizar guardias localizadas, me sobresalta el pitido del buscapersonas para darme un mensaje que dice: «Llame urgentemente al teléfono X (desconocido) por el asunto de las barandillas»... y a seguir viviendo con esa calamidad.

«EL CONTACTO CON EL SUFRIMIENTO HA MARCADO MI VIDA DE FE PROFUNDAMENTE»

ÁNGELA REGUERA

*Voluntaria.
Catequista de Salud.
Alicante*

Soy Angelita Reguera Morillo, natural de Malva (Zamora) domiciliada en Alicante desde hace más de 20 años, donde he ejercido mi profesión de auxiliar de enfermería directamente en relación con los enfermos y familiares. Me acogí a una oportunidad de *jubilación anticipada*, comprendí que como cristiana, profesional sanitario cristiano, podía dedicarme *en exclusiva* al acompañamiento al enfermo y familia, y después de varios años así lo he experimentado.

Tengo la experiencia de bastantes años trabajando en el hospital, donde todo el dolor del enfermo y familiares fue permanente, pues al mejorar uno y dado de alta, llega otro con su *sufrimiento muy personal* y en su entorno familiar. Poco a poco *me fui familiarizando con el sufrimiento del hermano*, creciendo en mí *un corazón herido, dolorido* he tratado de comprenderles, y con prontitud incansable llevarles con amor y alegría las medicinas que calmaban su dolor (soy muy sensible y tímida), al ver aquellos rostros, tanto en los enfermos como sus familiares. De ellos, también aprendí: como le acompañaban, le cogían la mano con mucho cariño, le escuchaban *sus quejidos de dolor* y les limpiaban las mejillas, etc. Todo ello, despertó en mí unos *rasgos de amor asociándome al sufrimiento* pero con una gran paz y serenidad, creo me venía de mi fe y unión con Cristo dolorido; preocupándome de que pronto fuera el doctor, y llevarles lo más rápido posible el medicamento que calmara el dolor.

He vivido otro sufrimiento, el de familias que dejan al enfermo terminal y/o anciano solo, que sufrían doblemente por la enfermedad y por la soledad. Yo, en las largas noches trataba de acompañarles, pero la obligación de mi trabajo profesional me impedía estar allí. Siempre disculpaba a la familia (aunque creía no tener disculpa) pero al enfermo le aliviaba y también disculpaba. Otras familias era lo contrario: días, noches, semanas y meses, sin retirarse del lado del enfermo,

con unos rostros de inmenso dolor y cansancio en el rostro, en el cuerpo y en el alma. También me sentía impotente de no poder *acompañar*, llegar a tener un diálogo conjunto, pues el enfermo sabe que se va a morir, y la familia también, pero aunque cristianos, no llegaban a hablar de ello.

Yo, he tratado, con la gracia de Dios, acompañarles con mucho cariño, amor y respeto, pero les presentaba nuestra fe, haciendo comprender que es Dios que nos da la fuerza para superar el sufrimiento y soportar la amargura que todo ello conlleva. Que Dios es Amor, y el sufrimiento es con-natural con la misma vida, como también la muerte, para los cristianos el dolor hay que proyectarlo a la Resurrección de Cristo. De todas formas, hace más de veinte años, a los *sacramentos de los enfermos*, las familias, aun diciéndose católicas, les tenían mucho miedo. Yo lo veía como el mejor don de Dios a sus hijos, y a mí, para ofrecerlos como *la mejor medicina* y esta situación también generaba sufrimiento en mí.

Una vez, una enferma, que se expresaba muy creyente, que había conectado muy bien con ella, se negaba a que fuese el sacerdote a administrarle los sacramentos; yo lo respeté, pero aquella noche la estuve encomendando al Señor y a la Santísima Virgen, para que esta enferma se encontrara con Cristo en los sacramentos, y cual fue mi gozo que al llegar la mañana siguiente a mi trabajo me pidió que fuese el sacerdote. Recibió todos los sacramentos de la enfermedad, y al rato falleció. Dejó un impacto fuerte en mí. Comprendí que hay que ofrecer, respetar el ritmo de fe de cada persona, pero sobre todo tenía que *orar por mis enfermos y familiares*. Después acompañé a la familia en el *tiempo de duelo* y siempre que me ha sido posible lo realizo.

En aquella época profesional, experimenté la enfermedad grave-dolorosa de un familiar muy cercano, me producía mucho sufrimiento; pero Dios me daba mucha paz, y con el corazón muy *herido*, me enseñó el camino del sufrimiento-paz, con rostro sonriente y cara alegre y dulzura, disimulando mi dolor y darle palabras de aliento y esperanza: vivimos el desenlace final desde la fe en Dios y la participación en los sacramentos con la esperanza en la resurrección.

El ahora

Al jubilarme (jubilación anticipada), quedé libre del trabajo profesional al que me sujetaba un horario, pero *quedé muy cogida* por mi hacer con el que *sufre, enfermos y familiares, desde mi ser creyente en Cristo dolorido*.

Me ofrecí en mi parroquia, y conectada con el secretariado de Pastoral de la Salud, formamos un grupo de *catequistas de la salud* (o visitantes de enfermos, les llaman en otros sitios). El párroco hizo una llamada y nos reunimos el grupo cada quince días, para conocernos, *orar* juntos, formarnos; llevamos un tema cada reunión, programamos y revisamos lo que hacemos. Este año tenemos el objetivo diocesano «Intensificar la solidaridad con los pobres, los que *sufren*».

Para conocer los enfermos, ancianos, inválidos, etc. que existen en nuestra demarcación parroquial, el párroco escribió una carta presentándonos y ofreciéndose a acompañar a los que lo necesitasen. Yo fui acompañada por otra persona

del grupo (entendemos que Jesús los envió de dos en dos), hemos visitado casas y pisos, familia por familia. Mi experiencia es intensa. Nos han abierto las puertas (sólo dos no lo hicieron), se emocionaban al leer la felicitación del párroco con el calendario de nuestra Patrona, y sobre todo la carta, por preocuparse de *sus sufrimientos y soledad*.

Digo que éste *hacer de ahora* me ha dado un nuevo horizonte. Hemos conocido muchas familias que están sufriendo enfermedades crónicas, ancianos solos, inválidos que nos han abierto las puertas y los brazos para que les ayudemos, bastantes han pedido que el párroco los visite también, llevándoles la Comunión.

- *Encontré*, entre muchos casos que encontramos, a una anciana sola en una vivienda en muy malas condiciones, sin ascensor, inválida (operada de una cadera), ella no quería salir de su casa. La he visitado con mucha frecuencia realizando tareas y gestiones: conectar con la familia, ofrecerles solicitar una residencia. Lo hicimos, y cuando nos dieron la plaza, se negó a dejar su casa. Respetamos su decisión, seguimos visitándola, pero al mismo tiempo ayudándole a valorar lo positivo de una residencia asistida. Hace poco tiempo, un familiar, el párroco y yo la acompañamos a la residencia (de servicios sociales), donde se encuentra muy contenta y bien asistida. Cuando la visitamos se alegra muchísimo. Creemos que con la ayuda de Dios, con su Amor, el sufrimiento de esta anciana y el nuestro se ha transformado, es más llevadero, se ha convertido en gozo y alegría.
- Otra, una inválida de nacimiento, apenas camina, no se le entiende lo que habla. La he visitado con frecuencia, su madre no podía y yo la sacaba a pasear, me producía mucho sufrimiento verla en casa, tan joven y sin salir a la calle. Cogida del brazo hemos caminado muchos ratos, después sí que nos entendíamos con un *lenguaje*, creo, *de amor*; las dos caminábamos unidas a Cristo, en quien creemos. Ella tenía mucha voluntad, caminaba..., después ya caminó a la casa del Padre.
- Otra joven, con un tumor-cerebro, me dijeron estaba hospitalizada en espera de ser trasladada a Madrid para estudio e intervención. La encontré muy triste, con miedo y sola. La visité varias veces. El sufrimiento surgió en lo más hondo de mi ser, pero deseaba aliviar el de ella. Oré, seguí visitándola; el hecho es que cambió. Cambió su rostro en más alegre, su esperanza y sus distracciones.

En resumen puedo testimoniar que:

- El contacto con el sufrimiento ha marcado mi vida de fe muy profundamente tanto en el trabajo profesional como ahora de voluntaria: *catequista de la salud*.
- El Amor, que nos viene de Dios, puede llevar paz, consuelo y alivio.
- La oración tiene que ir unida al acompañamiento, sólo así se puede vivir el sufrimiento y la muerte con la esperanza en Cristo muerto y resucitado.
- Que las personas estamos creadas por Dios para amarnos en la salud y en la enfermedad, siguiendo el testimonio del que nos da la *Vida* y dio la Vida por nosotros, su Iglesia, y todos los hombres.

ACERCAMIENTO AL DOLOR DE LOS ENFERMOS

Delegación Pastoral Sanitaria. Sevilla

El presente informe-reflexión es fruto del encuentro pastoral sobre «Acercamiento al dolor de los enfermos» que grupos de enfermos, familiares y profesionales sanitarios celebraron conjuntamente durante la semana del 14 al 20 de mayo de 1984 en la Escuela Universitaria de Enfermería de Sevilla con motivo del «Día del Enfermo» en la diócesis hispalense.

La razón que movió al Departamento de Pastoral Sanitaria a iniciar este acercamiento al dolor nace de la necesidad de respuesta a unas preguntas que los enfermos clavan con frecuencia en nosotros: «¿Por qué tanto dolor?», «¿para qué sufrir tanto»? Fue un reto para todos procurar una palabra más fiel y un proceder más consolador en esta versión del Siervo de Yavé, siempre dura, protagonizada por nuestros hermanos enfermos de hoy.

Teniendo en cuenta el deterioro personal que a veces supone para el enfermo su experiencia de dolor decidieron, sin más, acercarse a él. Su primer paso fue elaborar un cuestionario elemental que reflexionaron unas setenta personas distribuidas en tres grupos de veinticuatro según fuesen enfermos, familiares o sanitarios. Casi dos meses tuvieron para reflexionar y responder por escrito cada uno individualmente. Después los grupos hicieron por separado la puesta en común de sus cuestionarios respectivos para, más tarde, celebrar la reflexión pastoral conjunta sobre «Acercamiento al dolor de los enfermos».

Los datos y las aportaciones que se ofrecen en este informe con el fin de plantear este acercamiento al dolor son, en consecuencia, el fruto sistematizado de las respuestas individuales a los cuestionarios, de las puestas en común hechas por los grupos respectivos y de las comunicaciones y diálogos de la sesión final.

Importa señalar que durante todo el tiempo que se dedicó a preparar esta reflexión sobre la experiencia del dolor se sintieron estimulados por la oportuna publicación de la Carta Apostólica de Su Santidad Juan Pablo II sobre el «Sentido cristiano del sufrimiento humano».

Por último, desean que la divulgación de estas páginas no signifique sólo cumplir la promesa que hicieron a todos los que comunicaron su dolor y transmitieron la ilusión por la vida sino que sirva también de invitación a todas aquellas personas que, sensibilizadas con los enfermos, se sientan interpeladas y quieran ofrecer respuestas integralmente válidas a los que la herida del dolor les plantea el sentido de sus vidas. «De hecho, el mensaje de la Cruz resulta una locura para los que ser pierden; en cambio, para nosotros, para los que se salvan es un portento de Dios...» (1 Cor. 1, 18-31).

1.ª PARTE

LOS ENFERMOS EN EL DOLOR

El dolor es el sinsentido de la enfermedad, es el grito de socorro más espeluznante que oímos cada día en la habitación de un hospital o en la cama grande de cualquier casa.

¿Cuántos son los que hay en Sevilla así, malheridos por el dolor?, ¿quiénes son?, ¿qué les pasa? Son muchos, sin duda, y de mil formas nos solicitan acercamiento, nos provocan solidaridad y nos invitan al amor.

ALGUNOS PROTAGONISTAS

Aceptando como válido el principio de que «sólo se ama lo que se conoce», nosotros deseamos conocer y querer un poco más a nuestros hermanos enfermos. Para ello hemos hecho un alto en nuestro ir y venir de cada día a fin de poder compartir la experiencia más dura de los que están malheridos al borde del camino: la experiencia del dolor. Intentamos acercarnos a ellos y vendar sus heridas, echándoles aceite y vino. Apenas iniciado el camino, nos hemos encontrado, entre otros muchos cuyos nombres se omiten, con:

Manolo, quien, a pesar de sus dieciocho años, ya lleva tres al borde del camino por culpa de esa bajada de defensas que no consigue remontar ni con fuertes tratamientos médicos. Demasiado hombre es Manolo para tan pocos años, un robe por sus raíces de fe y de madre.

Celia, a quien además de amputarle un pecho pasó más miedo que siete viejas; pero ella echó valor y la medicina le echó una mano. Los samaritanos del *Pabellón Vasco* la estimularon a seguir viviendo con la misma fortaleza.

Ángel y Rafael, andan con el corazón regular, con anginas de pecho y hasta infarto. Uno se operó y está bien; el otro, que es aprensivo y además se siente pachucho y viejo por la enfermedad, «ama la vida». Lo dice él, con cincuenta años, siete hijos y viudo.

Paquí, que las pasó canutas con su carcinoma de ovario. Ha ido respondiendo bien a los tratamientos y, según dicen las revisiones, está fenomenal. Un encanto de chica.

Andrés, con más diálisis en el cuerpo que pelos tiene su cabeza. Se siente con muchas ganas de vivir y de estar como nuevo cada día. ¡Lo que motiva una buena samaritana!

Gabriel, a quien nos lo hemos encontrado en el camino más que como un apaleado por el dolor de la enfermedad, como un animador de los mismos caminantes. Es mucha la firmeza de su fe, el sentido de su vida y la fuerza inquebrantable del amor de su mujer. El testimonio de fe que esta pareja ha dado en su enfermedad ha sido para muchos enfermos el lugar teológico por el que se ha encontrado con Dios.

Ramón y Loli, que como los dos anteriores supieron lo que es pasar por una atrofia muscular progresiva, perder la fuerza y el movimiento de los miembros hasta no poder ni respirar por sí mismos. Aún perduran en sus cuerpos las secuelas de lo que llaman Síndrome de Guillain-Barré.

Hemos podido acercarnos al dolor de su enfermedad por-
dolor estos hombres y mujeres, además de otros no citados, nos
han invitado al borde del camino con la verdad de su voz y
confianza. Gracias a todos.

CÓMO EXPERIMENTAN LOS ENFERMOS EL DOLOR

Como sufrimiento biológico

Es un hecho que los enfermos experimentan la realidad del
dolor físico en sus cuerpos como algo duro, desagradable, que
nos afecta y humilla corporalmente y que vivenciamos con su-
frimiento biológico en nuestros miembros, órganos y sistemas.
«Me producía unos dolores terribles», «lo pasaba muy mal
con el dolor que tenía», «cuando empezaba a dolerme sentía
pánico...».

A la experiencia de este dolor biológico sucede, no obs-
tante, la superación del mismo. Los calmantes se hacen tan
familiares como el zumo o el agua para refrescar la boca y,
salvo casos excepcionales, los enfermos no suelen acentuar mu-
cha crueldad en el dolor corporal: «no me fue difícil soportar
el dolor físico», «al principio me daba pánico», «era algo
negativo y sin explicación», «... después fui aceptando el do-
lor, aunque con dificultades», «poco dolor físico...». En este
sentido los tratamientos médicos se muestran generalmente
eficaces y alivian, sin duda, estas bofetadas humillantes de la
enfermedad en el cuerpo de las personas.

Como incapacidad funcional

Más agresivo que el dolor físico o biológico es, según los
enfermos, el dolor de la incapacidad funcional; «no poderse
valer por uno mismo» y, sobre todo, «sentirse hundido», «per-
der el ánimo, la ilusión por la vida». «Mientras más vueltas
le daba a mi cabeza intentando dar una explicación, más di-
fícil resultaba; pensé que había tenido mala suerte, que las cosas
son así, unas veces les toca a unos y otras les toca a otros, esta
vez ha sido a mí». «Esto es algo que está ahí y hay que pasarlo».

El dolor como tristeza y angustia

Como fruto de la experiencia anterior se produce un ence-
rramiento en sí mismo, una incomunicación y una profunda
tristeza, es un dolor como angustia vital por la experiencia
de la enfermedad. El enfermo cae en una constante ansiedad
que comienza a deteriorarle en el conjunto de su personalidad.

El dolor como experiencia de preocupaciones

En muchos casos el dolor sigue manifestándose en clave
de preocupaciones:

- Preocupa el hecho mismo de **estar enfermo**, «que no soy
un ser normal», «me preocupaba que en adelante sería
inútil...».
- Desde la enfermedad preocupa también **la familia**: «me
preocupaban mis hijos, algunos todavía pequeños, mi sue-
gra que vivía conmigo y también enferma». A los enfer-
mos les preocupa mucho su familia por el hecho del dolor
que les puede dar su huida de este mundo, «saber que los
míos sufren por mi enfermedad», «mis dos hijos peque-
ños, quería sacarlos adelante; con treinta y siete años que-
ría seguir viviendo, tenía mucho que hacer...».

- Junto a las preocupaciones anteriores se añade el **miedo
a morir**. Es una experiencia de sufrimiento último, «no es
posible que muera», «creí cerca la muerte». Es el dolor
como experiencia de pánico, de destrucción vital, de pér-
dida de significación de las cosas, la cercanía de un final
implacable, injusto. Con todo, algunos enfermos no tienen
miedo al hecho de morir en su enfermedad sino a experi-
mentarlas solos, abandonados, sin ser considerados.

Sinsentido y sentido del dolor para los enfermos

Para la gran mayoría de enfermos el dolor no tiene ningun-
a explicación. Es una agresión estúpida y caprichosa, pro-
pia de matones, que nos humilla y nos despersonaliza, que
ni da razones ni dice por qué suceden así las cosas. «No veo
explicación para el dolor», «no encontraba explicación», «no
intento dar explicación», «no encontraba explicación a mi
situación cuando yo en muchos casos me había ofrecido a los
demás, pensaba que era un penitencia de Dios, impuesta por
Él, y, al no encontrar otra explicación, me rebelaba contra
todo... el tiempo me ayudaba a enfrentarme a esta situación
de dolor».

Sin embargo, no siempre es negativa la experiencia del do-
lor aunque sí, desagradable en todos los casos: algunos en-
fermos han ido aceptando el dolor «animado por mi fe y por
mis hijos, aunque con dificultades», «une más a Dios, pien-
sas cosas que nunca habías imaginado»; «por lo que a mí me
concierne, en esos momentos tan malos, no se le teme a la
muerte y se pone uno en manos de la voluntad de Dios».

PERSONAS QUE ALIVIAN EL DOLOR DEL ENFERMO

Los sanitarios en general, el profesional de enfermería

Los enfermos destacan en general la valiosa ayuda que para
ellos ha supuesto el personal sanitario, tanto en su buen ha-
cer como en la calidad de la relación humana que éste les ha
ofrecido. La cercanía de la relación ha estado más de mani-
fiesto cuando la gravedad de la enfermedad o la misma expe-
riencia dolorosa se ha acentuado; es entonces cuando hay una
mayor entrega del personal sanitario sobre el enfermo, a quien
comienzan a prodigarsele todos los tipos de ayuda que necesita.

A parte de la gratitud que los enfermos sienten cuando un
médico competente les libera de su dolor dándoles seguridad
y confianza en su recuperación, existe por parte de ellos un
general elogio a las enfermeras o personal de enfermería que
han ido compartiendo con los enfermos su dolor día a día,
con quienes se han desahogado comentando pequeñas inti-
midades de todo tipo y en quienes han confiado. Es muy gra-
tificante para el enfermo en su experiencia de dolor ser trata-
do con cariño. Las caricias, las bromas, y los gestos de
comprensión son cosas muy importantes para una persona que
se encuentra en inferioridad de condiciones. En este sentido
no deja de señalarse como negativo el alejamiento que existe
a veces entre médicos y enfermos a nivel de relación humana
y la escasa comunicación sobre los aspectos de su enfermedad.

El apoyo familiar

Se destaca como fundamental la ayuda de la familia en los
momentos de preocupante enfermedad. Aquí coinciden casi

todos los enfermos. La familia es un gran apoyo. No obstante, su ayuda terapéutica podía ser mayor si el personal sanitario tuviera más en cuenta a los familiares del enfermo y no prescindiera de ellos, sobre todo a la hora de informarles y aclararles situaciones difíciles para el mismo enfermo.

Es constante la referencia al elemento femenino de la familia como el más eficaz en la ayuda del enfermo, en el alivio de sus dolores y angustias. Es la mujer especialmente quien más ayuda, acompaña y comparte, hace recuperar la moral y, por el cariño y tesón que manifiesta permanentemente, empuja a luchar contra la enfermedad.

Otras personas

La experiencia de otros enfermos, la madre, los hijos, algún amigo y el sacerdote aparecen también como personas que ayudan a superar el dolor.

Algún enfermo descubre en todos los que le ayudan la cercanía de Dios, y su fe le hace sentirse reconfortado por Él.

LA FE RELIGIOSA DEL ENFERMO EN SU EXPERIENCIA DE DOLOR

Son muchos los enfermos a los que les hemos planteado la cuestión de si la fe cristiana les aporta algún sentido en su experiencia de dolor. Casi todos ellos han manifestado que son creyentes, más o menos, y que su fe en Dios sí les ha servido efectivamente en su enfermedad.

Exponemos a continuación un buen número de consideraciones al respecto de los mismos enfermos, transcribiendo al pie de la letra los matices personales de cada uno; así es más fácil tener idea de cuál ha sido el papel de la fe en cada situación personal de dolor.

- «Mi fe es mi fuerza, mientras más débil me siento, más fe tengo». «Dios es mi cirineo». «Hay que mirar hacia atrás, ver el sufrimiento de los demás y hacer una jerarquía de valores».
- «La fe es lo que da sentido a mi vida y me da fuerzas para seguir luchando».
- «Al principio me sentía olvidado de Dios, no entendía por qué estaba enfermo, ¿cuando yo en todo momento había tratado de seguirle y de comprometerme con los demás! Perdí bastante mi fe.
Poco a poco fui recuperando a Dios con la ayuda de los míos y el consejo de un buen amigo. Me di cuenta de que Dios no me había abandonado sino que el dolor era consecuencia del ser propio de la misma naturaleza humana». «Ahora he descubierto que esta experiencia me ha servido para vivir mejor mi vida como cristiano, sentirme libre como los pájaros, comprender más a los que sufren, preocuparme más por todos. Y todo ello pensando en mi propia resurrección porque aunque muera no moriré para siempre sino que viviré eternamente».
- «He sentido cierto temor de Dios por poder llegar a Él; con las manos vacías. No he sentido alejamiento de Dios sino que, cuando meditaba, lo veía muy cerca de nosotros dándonos valor».
- «Cuando estoy peor en mi enfermedad es cuando estoy más cerca de Dios. Si no fuera por la fe, no podría soportar la enfermedad. Sé que ningún padre quiero lo malo para sus hijos, por lo cual no es Él quien me lo ha enviado sino la naturaleza que es así. Dios ayuda a superarlo».

- «Muchas veces había pensado que la fe mi limitaba, deseaba no tener fe para sentirme más libre. En los momentos de dolor me he dado cuenta de que la Fe no es una carga sino una ayuda. Es una compañía en los momentos de soledad. En quirófano o cuando me han hecho alguna prueba me he angustiado y se me han caído las lágrimas. Siempre, en estos momentos, he pedido: ¡Dios mío, no me dejes!».
- «Vivimos en una sociedad desecristianizada y nos acordamos de Santa Bárbara cuando truena. El mismo Jesús sufrió su crisis en Getsemaní. Yo me considero un hombre como los demás de esta sociedad, pero cuando estuve en la UVI le pedí a Dios que me ayudara a no perderle y la verdad fue que no me defraudó. Dios es demasiado bueno para lo que nosotros le ofrecemos a Él».
- «Nunca me sentí lejos del amor divino. Mi fe se ha mantenido y acrecentado».
- «Al principio entendía que Dios me había abandonado, que tenía que penar por circunstancias pasadas. Hice un análisis de mi vida y me convertí. El tiempo me ha enseñado que Dios no quiere nada malo para nadie, si bien puede permitir que ocurran estas cosas para demostrarnos la falta de amor que existe, la necesidad que tenemos de comprendernos y ayudarnos».

Sé que mi fe me tiene que llevar hacia adelante en la lucha de la vida. Esta fe es la que me mueve a equilibrar el dolor constante y la que me debe llevar a buen fin».

- «Me ha servido mucho la fe, estoy segura de que la fuerza que tengo para luchar me viene de mi fe en Dios, siempre he confiado en Él para todas mis cosas grandes y pequeñas. Él está a mi lado y me ayuda cada día a llevar lo mejor posible este duro caminar por la vida».

2.ª PARTE

LA FAMILIA ANTE EL DOLOR DEL ENFERMO

VIVENCIAS DE DOLOR EN LA FAMILIA

Los enfermos destacan que sus familiares (esposa, hijos, marido, padre o madre, etc.) son la compañía más importante con que cuentan para poder enfrentarse al dolor y superar la dureza de la enfermedad.

Es la familia una ayuda insustituible a la hora de compartir y animar, pero suelen afirmar los mismos enfermos que los profesionales sanitarios no tienen en cuenta suficientemente a la familia y la privan a veces de una información adecuada no integrándola en el proceso curativo. En realidad, casi siempre se ha pensado que todo era cosa del médico y del enfermo y sólo se ha acudido a la familia por razones jurídicas que avalen un procedimiento o una técnica médica que supusiera un riesgo vital para el enfermo. Por otra parte, hemos olvidado que la familia es también protagonista del proceso de enfermedad y que vive una situación de necesidades humanas que deben ser atendidas por el sistema sanitario. De todas maneras, hoy día vamos tomando conciencia poco a poco del importante papel que tiene la familia para el alivio del dolor que ella misma vive cuando alguien se pone considerablemente enfermo. Importa conocer estas vivencias familiares si queremos acercarnos con fidelidad al dolor de los enfermos y ofrecer nuestra ayuda. Tales vivencias suelen ser:

Malestar general y tristeza

Hay una sensación de malestar general en la familia por el sufrimiento del enfermo sin remedio alguno, existe un ambiente de tristeza. Los familiares se sienten impotentes, sin capacidad de aceptar la situación y con rabia. Este estado se da especialmente cuando llega un hijo subnormal o minusválido, pasando al principio por momentos de dolor y angustia, y más si se estaba esperando con alegría. «Es lamentable ver que nuestro hijo es distinto» y, también, «ver que nuestro hijo no anda, no se da cuenta de las cosas ¿o sí?; vemos que la vida nos ha golpeado duramente».

Aceptación positiva de la situación dolorosa

Llega un momento, sin embargo, en que esta experiencia de desgracia familiar deja de soportarse y se acepta, comienza a ser positiva: «les enseñé a los míos que todos teníamos que quererla, era como una niña grande». A la amargura e impotencia que supone para una familia la carga dolorosa de un familiar así, sólo se le puede hacer frente amándole. Esta actitud positiva está sobre la base de una profunda fe en Dios y permite descubrir una dimensión de solidaridad con otros enfermos hasta entonces desconocida: «Lo aceptamos como un don de Dios que nos identifica con los demás hombres que sufren, de una manera distinta a como lo veíamos antes», «experimentamos más amor hacia él aunque a veces... ahora vemos que los familiares tenemos la obligación de hacerle la vida lo más agradable posible», «al principio era un intenso dolor lo que vivía, era impotencia. Me sentía la más desgraciada de las madres; no obstante, pedí a Dios que no me lo quitara nunca, que no volvería a quejarme. Me hizo el regalo de tenerlo con nosotros once años. Los años más bonitos de mi vida, me quitaba todas las penas con su risa».

Delicada situación económica

En muchos casos la enfermedad del cabeza de familia origina una situación económica de más necesidad, especialmente cuando está ingresado en un centro sanitario de la ciudad fuera del pueblo y ello exige desplazamientos de los familiares más cercanos para poder acompañarle. En este sentido se dan a veces situaciones dramáticas de verdadera necesidad económica de supervivencia.

Desequilibrio psicológico familiar

La enfermedad del marido, esposa e hijos, si es larga o de gravedad, origina a su vez otras situaciones de dolor donde se mezclan los problemas psicológicos. Estar «en continua vigilancia», «las sesiones de quimioterapia», «guardar cama hasta morir», las sondas, la sangre, el oxígeno, etc., dan lugar a un desequilibrio en las vidas de cada uno que puede ir desde la carencia afectiva por su ausencia obligada de la casa hasta el cambio de carácter e, incluso, puede llegar a aparecer como consecuencia más grave la depresión.

Angustia por la falta de información

La falta de información o mala información sobre el enfermo por parte del personal sanitario es de las situaciones más dolorosas para los familiares que, angustiados por esta carencia de verdad, suelen citarla frecuentemente entre sus consideraciones como causa que aumenta todavía más su aflicción.

ASPECTOS DE LA ENFERMEDAD QUE MÁS AFECTAN AL ENFERMO

Han sido más de veinte casos concretos, los que hemos tenido en cuenta para señalar los distintos aspectos que cada familiar ha observado en su enfermo como más dolorosos o que más le hacían sufrir. Éstos no sólo hacen referencia a la enfermedad misma sino que dependen también de la situación personal de cada uno, pues las manifestaciones tienen matices individuales. Citamos algunas seguidamente:

- «El tener que ir a la diálisis. Ver que no puede hacer una vida normal como los demás».
- «El complejo de inferioridad por la amputación de la mama, que le hizo olvidar el mundo exterior y vivir sólo para sus hijos. La soledad y la debilidad física la hacían sentirse insegura y sufría también por eso. Al final la inmovilidad le aumentaba las crisis nerviosas; rezaba, pero se preguntaba el por qué: Le afectaba que los demás se preocupasen por ella y se sacrificaran por ella. También la presencia de personas extrañas que manipularan su cuerpo —¿en beneficio suyo?—, pero que no consiguieron abortar su dolor. La dependencia de los demás le supuso el bajón hacia la muerte».
- «El verse imposibilitado para realizar el trabajo de antes. El descenso de los ingresos económicos».
- «El no poderse mover y tener que permanecer en la cama sin cambiar de postura. La falta de presencia de amigos y de salir a la calle».
- «La falta de cariño y de cuidados».
- «El dolor físico, la soledad, que le riñan los hermanos».
- «Sensación de estar en la cárcel por el hecho de estar ingresado en la UCI con aparatos, aislado de los familiares».
- «El enfermo se descubre como un estorbo para la familia cuando algún familiar se considera ante los demás como una víctima por tener que estar pendiente de él».
- «Los momentos duros que para él suponen las curas, debiendo soportar fuertes molestias y dolores».

ELEMENTOS QUE AYUDAN AL ENFERMO EN SU EXPERIENCIA DE DOLOR

Plantear el tema del acercamiento al dolor en el presente informe, según los datos que se aportan en él, tiene como objetivo profundizar, a largo plazo y en futuras ocasiones, en dar respuestas válidas a la dura experiencia de los enfermos y poderlas ofrecer también a otras personas interesadas en ello. No obstante, nos ha parecido conveniente insinuar como anticipo en este apartado alguno de los elementos que de hecho aparecen ya como coadyuvantes en la superación del dolor.

Los familiares, permanentes observadores del estado en que se encuentra su enfermo y buenos intérpretes de los factores que les benefician o entorpecen en la recuperación de su salud nos han enumerado casi jerarquizadamente los elementos siguientes:

- El personal de enfermería y los médicos.
- La compañía de la madre («mi madre, que ha hecho que el dolor sea más pequeño»), esposa, padre, hijos y hermanos.
- Amor, cariño, ternura y el cuidado y sacrificio que todo esto conlleva.
- La ilusión de volver a su trabajo, a su familia; sus deseos de integración en la vida normal, su comida, paseos, viaje

en coche, ir a la playa, caricias, TV y radio, el baño y los cuidados higiénicos.

- Dios, el ambiente organizado del hospital (personal sanitario, familia, capellán). «Rezará le ayudaba en la enfermedad y dolor, le ayudaba a luchar contra ella y le daba fuerza para disponerse a morir».
- Los calmantes, los nietos, un detalle (una flor, un flan), algo de música, los juguetes, el cariño de las personas.

INTERPRETACIÓN Y SENTIDO DEL DOLOR DESDE LA FE CRISTIANA

Una gran mayoría de familiares de enfermos coinciden en dar una interpretación totalmente arracional del dolor. La martilleante experiencia del dolor de cada día y durante tantos siglos obliga a concluir en la inevitable connaturalidad del dolor en cada hombre enfermo.

La experiencia del dolor, cuya explicación se nos escapa humanamente de las manos, es entendida por muchas personas desde una óptica extrarracional pero no irracional. Si bien es verdad, según hemos constatado, que es en la experiencia misma de la enfermedad donde el hombre afina más en su interpretación del dolor, dependiendo siempre de la orientación egoísta o generosa, materialista o de valores supremos con que protagonice su vida.

Desde una consideración general

- El dolor es algo que ha acompañado siempre al hombre a través de los siglos, tan seguro como el nacimiento o la muerte y no deseado para nadie. Por eso no hay que compadecer a los enfermos, todos tenemos que pasar por ahí.
- El dolor es una sensación dura en el cuerpo que va unida al miedo, pero entendiendo éste como temor a la destrucción de sí mismo. Por esa razón el dolor motiva disgusto y rebeldía, hasta que al final impone su aceptación. Sin embargo hay varios tipos de personas que suelen darse ante el dolor: los que se resignan ante él, los que se desesperan y los que luchan contra él mismo.

Desde la fe cristiana existen en los familiares dos posturas bien distintas ante el dolor:

La fe ayuda y da sentido al dolor de los enfermos

Testimonios:

- «Antes veía la enfermedad desde otro ángulo, ahora es distinto. Dios me ha dado un testimonio para afrontarlo con una entereza que antes no tenía».
- «Él dice que como cristiano, el dolor le une a los sufrimientos de Cristo. Sólo así el dolor tiene sentido para él y lo puede superar».
- «Lo que importa es pedir al Señor ayuda para llevarlo con paciencia y resignación».
- «El dolor es un misterio pero la fe ayuda porque Dios sabe lo que hace y creo que me ayudará, eso es lo que espero. La Virgen sí que sufrió, lo mío no es nada».
- «No es justo que para dos días que vamos a vivir tengamos que sufrir tanto, pero como cristiano comprendo que lo manda Dios y que al final sirve para ganar la gloria eterna. De lo que se trata es de cumplir la voluntad de Dios».
- «La fe da un sentido a la naturaleza humana pero no al dolor. Cuando el dolor se hace largamente presente indica gravedad y muere y, entonces, se recurre a Dios».

- «La fe para nosotros sí dio sentido a la enfermedad y al dolor, y en este sentido nos ayudó mucho la comunidad parroquial sobre todo en los primeros momentos. Los sacerdotes fueron los transmisores clave de la Palabra que, con su presencia y diálogo, nos hicieron salir de nosotros mismos asumiendo no sólo nuestro problema sino también preocuparnos por los de los demás. Descubrimos que Jesús es luz del paralítico, del ciego, del marginado y para todo el que sufre, pues el sufrimiento en el dolor no es una puerta cerrada sino abierta a los demás».
- «La fe ayuda y conforta en el dolor, da paz espiritual. El Señor ayuda en lo más hondo del corazón, aún sintiéndote muy deprimida, se manifiesta algo dentro de tí muy especial de lo que no deberíamos olvidarnos nunca».
- «La fe es el puntal más grande al que te puedes coger; te da capacidad para llevar todo adelante con el mayor amor y sinceridad que tanto necesitamos hoy».
- «Es la fe la que me ha dado fuerza, vemos la bondad de Dios en nuestra vida. Da fortaleza y ganas de luchar para seguir viviendo la vida que es un regalo de Dios. Muchas veces se pierde la fe al no ver mejoría, después recapitamos y vemos que sin Dios nada es posible».
- «La fe es luz y esperanza para enfermos y familiares. El dolor me acercó más a Dios, no le pedí milagros sino fuerza y Él me dio algo mucho más hermoso: alegría, que yo transmito a muchos. He descubierto que la muerte no es el fin, que a través de ella podemos reunirnos con los nuestros, aunque yo no tengo ganas de morir, amo la vida».
- «La fe es algo esencial, es como abandonarse a las manos de Dios, sin miedo y con una gran esperanza».
- «La fe tiene mucho sentido en la enfermedad si al sufrir unimos nuestro dolor al dolor de Cristo».

El dolor es injustificable

- «Desconfío de la gente altruista que ofrece su dolor por el de otro; lo hacen porque quieren quedar en la memoria de otros, lo hacen por sí mismos. Veo injustificable el dolor de la enfermedad. La religión no ayuda en absoluto porque no ofrece respuesta».
- «No creo en un Dios que premia a los buenos y castiga a los malos, que permanece impassible ante el dolor del inocente».
- «Soy atea, no he sentido una presencia o ayuda divina, todo lo que conseguido ha sido buscado con mi esfuerzo y voluntad, nadie me ha ayudado».
- «El hombre inventa a Dios. Ante el dolor la fe cristiana no aporta nada nuevo, sólo frases como por ejemplo *hay que tener resignación o Dios lo ha querido así*».

3.ª PARTE

ACERCAMIENTO AL DOLOR DEL ENFERMO EN EL PROFESIONAL SANITARIO

LA RELACIÓN EN TORNO AL DOLOR ENTRE EL ENFERMO Y EL PERSONAL SANITARIO

Damos por sentado que la finalidad profesional del profesional sanitario, médicos en general y enfermeras/os, es fomentar la salud de la comunidad humana y curar las enfer-

medades de las personas o individuos. En este sentido son ellos los que, por naturaleza, se acercan cada día al dolor a través de los medios técnicos que las ciencias de la salud ponen a su alcance. Los logros en este campo son muchas veces reales, pero en otras ocasiones los resultados son más escasos; existen situaciones en las que, no habiendo un conocimiento a fondo de la realidad dolorosa del enfermo, no se hace un abordaje adecuado de la misma y, en vez de aliviar o suprimir esta dura vivencia, lo que se hace es desconectar al enfermo de su mundo a través de los fármacos y desconectarnos nosotros mismos de la realidad personal de los enfermos.

En el acercamiento al dolor por parte del personal sanitario nos interesa señalar las demandas del dolor humano como tal y que los médicos y enfermeras observan en sus pacientes; nos interesan, sobre todo, las vivencias del dolor humano que los sanitarios descubren en el enfermo fuera de las respuestas formularias que en la práctica diaria están establecidas para las distintas manifestaciones del dolor exclusivamente biológico. Sabemos que la experiencia doliente suele estar globalmente integrada en la personalidad total del enfermo, adquiriendo en cada uno un matiz diferente, y que los calmantes farmacológicos cumplen en general una importante función en el padecer físico de cada enfermo. Ahora bien, tenemos la impresión de que a veces la relación humana enfermo-personal sanitario no se da, originando así más dolor, o se mantiene a un nivel puramente técnico y, por tanto, sin contenido terapéutico global. Por esta razón y con vistas a una respuesta más completa de salud nos ha interesado aquí esa elemental consideración humana del profesional sanitario sobre la experiencia dolorosa del enfermo, prescindiendo en general de los procedimientos técnicos al respecto que puedan usar con él.

SITUACIONES Y CASOS QUE MÁS SUELEN IMPRESIONAR

Muchos son los sanitarios que, a pesar de la rutina de su práctica profesional diaria, han llegado a sentirse impresionados o conmovidos por algún caso concreto de enfermos en los que la expresión de dolor ha sido dura y han llegado a sentirse verdaderamente solidarizados con ellos. Este acercamiento les ha permitido conocer infinidad de matices en cada caso referido.

Situaciones que más suelen llamar la atención

- La soledad a que suelen verse marginados algunos enfermos.
- Pérdida del sentido de la vida, «¿por qué a mí?». Experimentan en sí mismos una ruptura biográfica. Se pierde la ilusión.
- En medio de la enfermedad y el dolor, el enfermo vive siempre el miedo al futuro, «¿qué me espera?».
- La misma lucha que mantiene el enfermo con su enfermedad y dolor.
- Le agobia muchas veces la falta de información. Está comprobado que algunas personas cuando conocen su diagnóstico experimentan una mejoría en la relación con sus familiares y hay una aceptación distinta de la enfermedad.
- La deshumanización en general.

Casos que impresionan más al personal sanitario

Las personas jóvenes con cáncer. Es un tipo de enfermos con los que el diálogo es más espontáneo y sincero. La capa-

cidad de comunicación es mayor y eso permite que testimonien con más fuerza al personal que les asiste todo lo que les ocurre por dentro como más doloroso. En la sensibilidad receptiva de las enfermeras y del médico hace impacto el deterioro progresivo de un enfermo joven, su malestar por las noches, su miedo a morir durante el sueño, etc...

El personal sanitario suele recordar siempre los gestos corporales poco firmes o las miradas de queja en silencio de los enfermos jóvenes que parecen mendigar una respuesta al «¿por qué a mí?».

Llama la atención el testimonio de enfermos jóvenes que conociendo su diagnóstico de cáncer de pulmón o de recto han afrontado su enfermedad, dentro de las dificultades, con una gran categoría humana; manifestando, a pesar de ello, un profundo amor a la vida. En contraposición a esto, se observa que la experiencia por ejemplo del cáncer de pulmón en una persona mayor origina en ella un sentimiento de miedo que le impide a veces luchar contra su enfermedad, sintiéndose acobardado y con lágrimas en los ojos por el deseo de verse libre de su enfermedad.

Las enfermos politraumatizados por accidentes de tráfico en general. El profundo malestar o dolor que se desencadena ante cualquier movimiento corporal engendran tal ansiedad en el enfermo que a veces se transmite al personal que le asiste. Se acentúa esta situación a medida que pasan los días y no mejora. Comienza la experiencia del dolor moral y de preocupaciones que llegan a superar al dolor físico.

Junto a este tipo de enfermos conmueven también los traquetomizados por el problema de la incomunicación que supone en su relación con el personal sanitario, llegando a indicar por señas su deseo de morir. Son situaciones desesperantes que acarrear mucho sufrimiento psicológico para el enfermo y que no es fácil de remediar en el medio sanitario de hoy. Las Unidades de Cuidados Intensivos, en este sentido, cuestionan a veces al personal sobre si en vez de aliviar el dolor lo que hacen es cooperar el prolongar el dolor de la agonía, sobre todo en situaciones terminales, ofreciendo a los enfermos más molestia que ayudarles a morir en paz.

TIPOS MÁS FRECUENTES DE DOLOR

El dolor físico o biológico

Suele ser insoportable y aniquilador; se manifiesta en quejidos, gritos, lamentos, contorsiones, etc. Este dolor a veces no es calmado por el médico o no se le presta la atención suficiente siendo, en realidad, lo más importante para el enfermo: «es angustioso ver en alguna ocasión cómo se alejan los médicos hablando de sus cosas y queda uno con el dolor y en las buenas palabras de los médicos».

El dolor físico es el peor. La angustia y el sufrimiento psíquico puede empeorar esa mala experiencia, si bien esto depende mucho de los propios enfermos, «a veces se consigue más quedándose con el enfermo y charlando».

El dolor moral

Angustia y miedo a lo desconocido, miedo a morir. Es la tristeza ante la despersonalización, por ejemplo no conocer a su médico, ser un número más, etc. Este dolor moral se traduce también en la tristeza que vive el enfermo ante el

alejamiento de su entorno habitual como puede ser el pueblo, el trabajo, la familia, los amigos, etc.

Este dolor moral se manifiesta igualmente como miedo por la inseguridad que le produce la incompetencia del profesional sanitario, preocupación por las condiciones económicas que a causa de la enfermedad vive ahora la familia, ansiedad por la falta de información sobre el mismo diagnóstico y la evolución que, probablemente, seguirá.

Otras manifestaciones del dolor

- a) La incomunicación. No es bueno la indiferencia ni la compasión excesiva pero sí una actitud de escucha y de comprensión, de disponibilidad, etc., para que no se sienta inútil, y exigirle que sea persona. Para todo esto es necesario «una relación humana de amistad».
- b) La soledad. «Es para vivirla». Ante la preocupación del enfermo por la situación económica familiar, laboral, ruptura de proyectos, limitación e impotencia ante la hospitalización hay necesidad de ofrecer un trato delicado por parte del personal sanitario.
- c) La frustración y alienación que causa el hecho mismo de enfermar, con sentimientos de agresividad, pérdida de libertad que hacen cuestionarse en términos de culpabilidad la misma experiencia morbosa del hombre.
- d) Como consecuencia de la sociedad hedonista en que nos encontramos inmersos, el enfermo ya pre-vive la enfermedad como algofobia o miedo al dolor, con expresiones cargadas de infantilismo.
- e) El dolor como gratuidad o placer en el sentido de estar ansioso de estimación y necesitado de evasión de otras realidades que también se viven como dolorosas. En este caso la compensación sería o es en algunos casos el abandono del trabajo, provocar la atención sobre sí por parte de los demás y recibir muestras de cariño.

¿HAY UNA VALORACIÓN ADECUADA DEL DOLOR EN EL ENFERMO POR PARTE DEL PROFESIONAL SANITARIO?

1. Falta, en general, dentro del personal sanitario, la suficiente sensibilización para plantear y tratar de cuidar de modo integral la experiencia de dolor por la que pasan muchos enfermos. Casi todo se limita a los techos de una labor técnica. Esto es producto y origen de la deshumanización que existe en nuestro medio sobre el tema. Nadie quiere saber nada del sufrimiento ajeno, por eso se actúa en la creencia de que, anulando como sea el dolor físico, queda superado el dolor humano.

Aparte razones de tipo cultural propias de la sociedad del bienestar es manifiesta la falta de formación académica que, en este sentido, arrastramos todos los sanitarios.

2. El personal sanitario es consciente en el mayor número de los casos de los sufrimientos por los que pasa el enfermo, pero la falta de tiempo y de conocimiento de esas personas en concreto nos limita a administrar ansiolíticos, antidepresivos o analgésicos en general, según los casos, sin ofrecer una terapia a fondo por la que el enfermo se sienta aliviado en

su experiencia de dolor. Lo que se tiene en cuenta sobre todo es, por tanto, el dolor físico, lo cual es muy importante pero no suficiente.

3. Todas las personas, por principio, debemos de estar capacitadas para poder ayudar al enfermo en su dolor, pues tal experiencia no es sólo un problema técnico sino también un problema humano. Los amigos, los familiares y el personal sanitario son competentes —o tienen que serlo— en tiempo, en concienciación y entrega para dispensar cuidados que alivien los dolores en la enfermedad, cada uno según sus posibilidades. Todos podemos poner en marcha diversas actitudes que favorezcan la dignidad de la persona humana en su situación de enfermedad y de dolor y hacerlo organizadamente.

En este sentido, es necesario trabajar en equipo. Un acercamiento terapéutico a la experiencia de dolor implica una buena planificación de dicha asistencia. Esto nos obliga a la creación de equipos multidisciplinarios en los que estén presentes las diversas aportaciones que un enfermo puede necesitar: médico-enfermera-psicólogo-asistente social-sacerdote-familiar-etc.

Se necesita, igualmente, ofrecer una asistencia más humanizada donde se dé una información adecuada y donde estén presentes los valores del respeto, la disponibilidad, el espíritu de servicio y el amor.

PAPEL QUE JUEGA LA FE CRISTIANA DEL ENFERMO EN SU EXPERIENCIA DE DOLOR SEGÚN EL PERSONAL SANITARIO

Son pocas las personas del medio sanitario que se plantean esta cuestión: «¿La fe cristiana aporta alguna luz al misterio del dolor?», «¿esta fe le ofrece algún sentido a la experiencia por la que pasan los enfermos?». Hay, sí, opiniones comunes al respecto, más o menos divergentes, frutos de una cierta cultura religiosa; pero son pocas las personas que, trabajando en este medio, profundizan en este aspecto de la fe.

Lo que sí constata este personal en su trabajo de cada día es que la manera de afrontar el dolor desde la fe depende del tipo de personas enfermas que pasan este dolor. Así por ejemplo:

- Hay personas que recurren al Señor o a la Virgen o al santo como último recurso, «se agarran a la estampa». Surge la promesa para conseguir a cambio la supresión del dolor o el fin de la enfermedad. Es una religiosidad popular muy matizada por lo sentimental y lo primitivo para el caso concreto de la enfermedad y otras circunstancias semejantes.
- Se dan también personas creyentes con una fe madura, a quienes la misma enfermedad les ha asumido, en principio, en una cierta crisis religiosa; sin embargo, superan a la larga esta crisis y es su fe cristiana la que les ha fortalecido posteriormente y les ha ayudado a superar el dolor. Estas personas han valorado su experiencia dolorosa como lugar de encuentro con Cristo doliente en el mundo de hoy.

CARTAS SOBRE EL DOLOR

CARTA DE PAUL CLAUDEL

Suzanne Fouché pidió al poeta y dramaturgo francés Paul Claudel una carta de consolación para publicar en el primer número del Boletín dedicado a las disminuidas de Beck. La carta apareció en el Boletín de Beck y formó parte después, junto a otros testimonios sobre el sufrimiento de literatos y escritores franceses, de un volumen titulado Dialogues avec la souffrance, editado por la propia Fouché (Editions Spes, París 1946). Claudel la incluyó algunos años más tarde en Positions et Propositions (deuxième série, N.R.F.). Esta carta puede ser considerada como un pequeño ensayo sobre el sufrimiento desde una visión cristiana evangélica. El enfermo es un invitado a la atención. En su dolor hay una presencia: el Hijo de Dios que sufre con nosotros. En la inquietud de la enfermedad es necesario reconocer la Voz amable que nos invita y anima y responder desde lo más íntimo del alma y del cuerpo a Aquel que nos llama con nuestro nombre y sufre con nosotros para liberarnos.

Brangues, septiembre de 1928

Señorita:

Me pide que escriba en el primer número de su Boletín a quienes llama *disminuidas* de Beck, en realidad disminuidas en su actividad material, pero diría que *agigantadas*, almas dilatadas y profundas en sus cuerpos imposibilitados. Si pudiera elegir, no me dirigiría a quienes sufren una enfermedad fortuita, una prueba transitoria, sino a quienes, permítaseme una expresión aparentemente cruel, aceptan la enfermedad como una *vocación*, una conversión definitiva de toda la naturaleza. Yo me dirijo a los *aclimatados*, a pacientes como Pascal, que no esperan una curación sino que, una vez aceptado su estado, se mantienen en esa extraña condición, con la mirada transparente del cristiano y del sabio capaces de meditar esas palabras: «*Mi presencia procede de la atención*». El dolor es una *presencia*, y por eso exige nuestra presencia.

Una mano se ha unido a la nuestra y nos tiene agarrados. No podemos desprendernos de ella, evadirnos, ni siquiera distraernos. Nuestros oídos están siempre atentos a la actividad que se produce dentro de nosotros, al rumor de lima y de sierra que es la acción sobre nuestro cuerpo de una voluntad que no es la nuestra, que hace que nos sintamos casi sometidos a una ley exterior que no conviene a nuestro físico. Algo dentro de nosotros se sirve del mundo orgánico, algo que no percibimos cuando estamos bien y es lo *único* que nos revela la exploración, el asalto, la embestida, la ocupación o la paralización de ese ingenioso enemigo interno cuyas relaciones con nosotros son de violencia y al mismo tiempo de persuasión.

Una pregunta acosa constantemente el espíritu del enfermo: ¿Por qué? ¿Por qué yo? ¿Cuál es la razón de que yo sufra? Si los demás pueden caminar, ¿por qué tengo que estar inmóvil? Los demás se ríen, corren, trabajan, disfrutan de este mundo tan grande y hermoso, siguen su camino y su carrera, hacen cosas, crean una familia y realizan entre sus semejantes una gran variedad de cosas útiles y estupendas. ¿Por qué ha tenido que sucederme a mí esto? ¿Por qué tengo que estar aparte, impotente, inútil, tumbado de la mañana a la noche durante días, meses y años en la misma cama, acompañado por acontecimientos minúsculos y por esa *materia del tiempo* que los sanos no perciben? ¿Por qué he tenido que ser exactamente yo el elegido y destinado? ¿Por qué he merecido este destino inferior, la elección de una función pasiva, estos alfilerazos en la manta de mi cama con un programa de sufrimientos preparado, esa impresión tengo, para agotar mi suerte y el fin para el que nací?

A este terrible problema, el más antiguo de la Humanidad, al que Job dio una forma oficial y litúrgica, sólo Dios, directamente interpelado y suplicado, podía responder. Y el interrogatorio era tan enorme que únicamente el Verbo podía responder a él a satisfacción, *no con una explicación, sino con una presencia*, según la palabra del Evangelio: «No he venido a explicar, a disipar dudas con una explicación, sino a *llenar el vacío*, es decir, a sustituir con mi presencia la necesidad de explicación». *El Hijo de Dios no vino a eliminar el sufrimiento, sino a sufrir con nosotros*. No vino a eliminar la cruz, sino a echarse sobre ella. Nos enseñó a preferir, en vez de las fábulas de los poetas y de todas las fantasías de la imaginación, estos dos penosos senderos tremendamente reales y practica-

“ El dolor es una *presencia*, y por eso exige nuestra presencia: una mano se ha unido a la nuestra y nos tiene agarrados ”

“ Una pregunta acosa constantemente al espíritu del enfermo: ¿Por qué? ¿Por qué yo? ¿Cuál es la razón que yo sufra? ”

bles: la forma de salir del dolor y la posibilidad de su transformación. Le pareció esencial el sufrimiento en la naturaleza del hombre. El dolor cesa de ser gratuito para Él, paga algo, y Cristo vino a traer ese algo. Vino a enseñar lo que nosotros somos capaces de ganar y reparar por nosotros mismos y por los demás con una moneda cuyo curso es universal y cuyo gasto, por otra parte, se nos impone, quedándonos a nosotros la libertad de invertirla fructíferamente o de dilapidarla absolutamente.

De ese modo, el hombre que sufre no es inútil e improductivo. Trabaja y gana —colaborando con la mano benévola y cruel que le oprime— no bienes precederos y relativos, sino



«El Hijo de Dios nos enseñó a preferir la forma de salir del dolor y la posibilidad de su transformación».

valores absolutos y universales a los que se predispone con el sufrimiento. Se ve llevado totalmente por la necesidad. Claro que su sufrimiento es necesario, en el sentido de que se encuentra libre para rechazarlo, pero el propio sufrimiento le necesita a él. Hay algo que es indispensable: su cuerpo y su alma y, digámoslo con una única palabra, *su presencia*, pues su sufrimiento no podría existir sin él. Todo en él se convierte en acto por el sacrificio que es acción. ¡Qué maravilla! Su trabajo consiste en ser trabajado; más aún, él mismo ofrece la materia para esta elaboración misteriosa, su alma experimenta la operación de las manos sabias y delicadas de un artista o de un creador. Y alguien trabaja en él para impedirle volver al estado vulgar y le pide otra cosa, poniendo pacientemente de forma misteriosa, afín a su naturaleza, cien y mil veces la misma *cuestión* (en el sentido antiguo y jurídico de la palabra), hasta que no da la respuesta esencial que se quiere de él, es decir, el «sí» que para la mayor parte se confunde con el último respiro. De este modo, el sufrimiento se parece a la gracia por ser también ella una elección gratuita, aunque no esté prohibido encontrar alguna vez una relación de conveniencia entre la naturaleza y el don de Dios.

De todos modos, hay una diferencia: podemos evadirnos de una, pero no de la otra, que nos sujeta fuertemente. Una se dirige al cuerpo a través del alma; la otra se dirige al alma a través del cuerpo. Una es como una seducción; la otra, como un camino explícito. Las dos, sin embargo, nos separan del mundo y nos entregan a alguien que está con el mundo, pero no como una parte del todo, sino como la causa en el efecto. Es la causa creadora, que no contenta con su obra, vuelve a ella y nos obliga a advertirla. *El Enfermo y el Santo es alguien a quien Dios no deja tranquilo*. Un ritmo nuevo interviene en el engranaje automático de los efectos y las causas, una disensión, un accidente interior se produce, un dedo se introduce para obstruir. Y atormenta, fustiga, obliga a un movimiento diferente y a un repliegue inesperado. Ya veo, conforme voy escribiendo, que me falta orden y precisión. Algunas frases contienen gran variedad de invitaciones titubeantes, por lo que habría que volver a ellas y reescribirlas; otras po-

drían cambiarse de sitio con poco esfuerzo. Pero como yo he perdido ya el gusto por el buen trabajo escolar, prefiero dejarme llevar por la pluma más que dirigirla yo a ella (no deja de haber algún acuerdo entre los dos). En vez de un orden inmóvil, prefiero un movimiento de ideas diversas que se buscan y, tras probar pacientemente una y otra vez, se encuentran únicamente para volver a separarse...

Queridos amigos enfermos, carentes de todo menos de la fuerza esencial y tenaz que os mantiene en vida, necesaria quizá para mantener otros hilos que se atan a vosotros sin que os deis cuenta de ello, vosotros sois esos a los que se obliga a entrar a la fuerza como los invitados de la parábola. Sois para siempre, o por algún tiempo, *los invitados a la atención*. ¿De veras creéis que toda esa gente apresurada que se mueve y se agita, a la que envidiáis, vive tan intensamente como vosotros? Tal vez para esos la vida es sólo un sueño o un engranaje de la idea y del acto, de la costumbre y del gesto, y casi viven, sin darse cuenta, como autómatas. Dios os ha concedido a vosotros, en cambio, un privilegio amargo.

El sabor de un puñado de cerezas, por ejemplo, ¿acaso no es diferente para un comensal saciado que de una en una las lleva a la boca distraídamente después de una buena cena, que para un caminante cansado y hambriento que las devora, además de con la boca y el paladar, desde lo profundo de su corazón y de su estómago? Un ramo de flores frescas, un frutero rebosante de grandes ramos de uvas, ¿acaso no encanta más en la mesilla de un enfermo que en la mesa del té de una parisienne? En el primer caso, la mirada advierte apenas el puñado de cerezas y el espíritu sólo las ve superficialmente, pues el esclavo no tiene derecho a detenerse ni un segundo, debe realizar en seguida su trabajo. En el segundo caso hay una *comunión* y la presencia viva junto a nosotros de las preciosas criaturas que Dios ha hecho, y esta comunión y presencia tienen algo de sacramental. Instrumento de esta comunión es la atención, medio la necesidad, materia profunda el consentimiento, exactamente igual que en el matrimonio, el sacramento al que san Pablo llama por excelencia el *gran sacramento*.

Con el consentimiento nos abrimos totalmente a todas las

cosas buenas y hermosas que se nos ofrecen y a las que se permite que cumplan en nosotros la función plena y solidaria para la que Dios las creó. Si es hermoso consentir, decir que sí, sencillamente a un fruto o a una rosa tocada con gotas de plata, ¿no será una idea aún más hermosa consentir a Dios? ¿Estar atentos a Él aunque eso nos resulte más difícil? *¿Consentir a Él desde lo más profundo de nuestra alma y de nuestro cuerpo y aprovechar el hecho de que somos unos vencidos para ir a lo más hondo, para rendirnos incondicionalmente mediante una comunión amarga y silenciosa que no deje ni un dedito de nuestro territorio sin ocupar?* Esta humildad que creó, ¿por qué no habrá de mirarla complacido una vez más y más aún? Y este cáliz que nos ha presentado para que lo bebamos, este sufrimiento, ¿no habrá de servir para estimular su voluntad para que quiera saborearlo con nosotros? Las flores, después de todo, son sólo pretextos, signos para atraer un instante nuestra contemplación. *Estemos atentos, por consiguiente, a la llamada insistente y personal de nuestro nombre.*

Seamos como el minero sepultado por los escombros cuando escucha debajo de ellos el trabajo, el traqueteo tenue del amigo que se afana para sacarle de allí. Nos corresponde a nosotros hacer todo lo posible para que se aproxime, ayudarlo con una inmovilidad santa e inteligente en vez de molestarlo con todos nuestros inútiles gestos. «Hoy estarás conmigo en el paraíso». Señor, no dijiste mañana, sino *hoy* mismo. Sí, en el instante mismo de la tortura suprema me llega la invitación. Sólo podía entender esta palabra tuya en la Cruz.

CARTAS DE ENMANUEL MOUNIER

Estas cartas de Mounier son del invierno de 1939-1940. Una prueba terrible ha hecho presencia en su casa. Su hijita Françoise se encuentra enferma después de una vacunación contra la viruela. Mounier y su mujer siguen el curso de la enfermedad con gran inquietud. Primero leves disturbios y luego la encefalitis. La niña, incurable, está destinada a vivir una misteriosa noche del espíritu. ¿Qué sentido dar a esta presencia misteriosa del mal? El problema del sufrimiento en la transfiguración cristiana es el tema de esta carta y de algunos fragmentos conservados en cuadernos que recogemos de la revista Esprit, de la que Mounier fue fundador y director, correspondiente al número de diciembre de 1950, dedicado a su recuerdo.

Marzo de 1940

A su mujer.

¿Qué sentido tendría todo esto si nuestra pequeña fuera sólo un trocito de carne sumergida quién sabe dónde, una porción de vida accidentada, y no esta *pequeña hostia blanca* que nos supera a todos, una infinitud de misterio y de amor que nos deslumbraría si lo viéramos cara a cara; qué sentido tendría si los golpes, cada vez más duros, no fueran una nueva elevación y, cuando nuestro corazón comienza a acostumbrarse, adaptándose al golpe precedente, una nueva cuestión de amor? Tú oyes en esta pobre vocecita suplicante el gemido de todos los niños mártires del mundo, el lamento de haber perdido la infancia en el corazón de millones de hombres que nos piden, como un pobre a la orilla del camino: «Hablad voso-



«Siento que lo real, lo positivo, es la calma, este amor de nuestra niña que se transforma dulcemente en oferta».

tros que tenéis un amor y unas manos llenos de luz, vosotros que seguramente queréis donárnoslo también a nosotros».

Si sólo sabemos sufrir —padecer, resistir, soportar—, no conseguiremos resistir y se desvanecerá lo que se nos pide. No pensemos de la mañana a la noche en esta enfermedad como algo que se nos quita, sino como algo que *donamos*, para no perder el mérito de este *pequeño Cristo* que está en medio de nosotros, para no dejarle solo, precisamente a él que es quien

“ Si sólo sabemos sufrir, no conseguiremos resistir y se desvanecerá lo que se nos pide ”

“ Y dulcemente, juntos, un corazón al lado del otro, sin saber si Él la querrá para sí o nos la devolverá, nosotros se la daremos ”

tiene que arrastrarnos; para no dejarle solo *actuando* con Cristo...

...No quiero que nosotros *perdamos* estos días olvidando considerarlos lo que son: días llenos de una gracia desconocida.

* * *

3 de marzo de 1940

A una amiga.

No te alegres demasiado pronto. Después hablé con el doctor. Aunque la evolución de la enfermedad parezca más bien buena, desde noviembre no manifiesta mucho entusiasmo con la marcha global de todo esto. El ataque no le parece menos grave y profundo por el hecho de ser difuso y engañoso. Sí admite probabilidades de recuperación cuyos límites es imposible establecer antes de un año, y ha tenido en sus manos casos en los que tal recuperación es altísima, aunque imprevisible, aun partiendo de una situación gravísima. Duda, sin embargo, de que su estado pueda conseguir jamás la normalidad. Eso es todo, amiga mía. Ya sé que el parecer de un médico es el parecer de un médico. Ya sé que hay milagros secretos. Pero, si *recusamos* cada día el milagro de la santidad, el único que depende de nosotros, ¿por qué habremos de pedir milagros gratuitos? Indudablemente, es necesario que *participemos en la permanencia de la pasión en el tiempo*, en los hombres con quienes nos cruzamos por la calle, en los burócratas que nos rodean y nos exasperan, en la mediocridad por la que me dejó morder; es preciso que participemos en todo eso muy distintamente a como lo hacemos por medio de artículos y de «arrebatos generosos». Yo no sé *por quién se afana* este pequeño rostro borroso, esta llaga a nuestro lado durante años y años, tal vez este pobre destino siempre zaranado, siempre mortificado.

* * *

10 de marzo de 1940

A Jacques Lefrancq.

Se debería educar a los niños a la idea de una vida cuyo destino es un tejido de sufrimientos y apenas alguna alegría estupenda. Diría incluso más exactamente: en lugar de educarlos a una vida normalmente feliz, haciéndola cristiana con alguna virtud y algún truco cuaresmal, sería conveniente prepararles a una vida de sufrimiento que debe transformarse incansablemente en alegría mientras dura, mientras no nos llega el golpe...

La *gran* música de Franck no es para mí la parte estrepitosa de su ópera, en la que expresa con una suavidad elemental su lado infantil de pequeño burgués bautizado mediante golpes ruidosos de bombo y platillos, sino la grande, la de las Variaciones, el Quinteto, la Sonata, lo mejor de las Bienaventuranzas, donde, sobre una modulación de semitono, el tema de la muerte se convierte en un tema de serenidad triunfal —ahí está su grandeza— y donde expresa una alegría mezclada de lágrimas, la alegría trascendental, inmanente al sufrimiento, no reabsorbida.

* * *

11 de abril de 1940

A. M. y E.-A. Niklaus.

Maggy, Nicolas, ¿en qué sueño ha caído nuestra pequeña Françoise, con sus hermosos ojos *abiertos al misterio*, sin un gesto, sin un pestañeo de la mañana a la noche? Se habla de

tumor en el cerebro. O de una recaída tan grave que... Hace ya quince días que sigue así, justamente cuando parecía que estaba a punto de alzar velas.

Amigos, queridos amigos, esto quiere decir que se nos impone darlo todo. Ayudadnos.

* * *

11 de abril de 1940

A su mujer.

Siento, igual que tú, un gran cansancio y al mismo tiempo una gran calma. Y siento que lo real, lo positivo, es la calma, este amor de nuestra niña que *se transforma dulcemente en oferta*, en una ternura que mana a borbotones de ella, parte de ella, vuelve a ella, nos transforma con ella. El cansancio es sólo un cuerpo demasiado frágil para esta luz y para todo lo que había en nosotros de costumbre, de «poseído», mientras nuestra niña se consume lentamente por un amor más hermoso...

...Sólo nos queda *ser* lo más fuertes que podamos con la oración, el amor, el *abandono* y la voluntad de mantener la alegría profunda del corazón.

* * *

12 de abril de 1940

Aquí estamos, en esta encrucijada, pobres muchachos tan débiles como siempre, con las piernas cansadas y un corazón también cansado que llora. Y la misma mano reposa en nuestra espalda para indicarnos toda la miseria de los hombres, todos los harapos de los hombres, los que odian, los que matan, los que se ríen a carcajadas —y los que son odiados, los que son asesinados, los deformados por la vida y por la dureza tremenda de los amos—, y luego nos indica también esta niña cargada con nuestras imágenes sobre el futuro. No nos dice si nos la llevará o nos la dejará, pero, dejándonos en la incertidumbre, nos dice dulcemente: «*Dádmela por ellos*». Y dulcemente, juntos, un corazón al lado del otro, sin saber si Él la querrá para sí o nos la devolverá, *nosotros se la daremos*. Porque nuestras pobres y débiles manos no son capaces de tenerla y únicamente si la ponemos en las suyas tenemos alguna posibilidad de volver a tenerla. En cualquier caso, estamos seguros de que, suceda lo que suceda, a partir de ese momento todo será bueno.

Todo esto llega por sí mismo en nuestra auténtica situación de cristianos.

Es muy hermoso ser cristianos por la fuerza y el gozo que llega a nuestro corazón, por la transfiguración del amor, de la amistad, de las horas, de la muerte. Y luego estamos listos para olvidar la Cruz y la vigilancia del huerto de los Olivos.

* * *

16 de abril de 1940

Todos nuestros deseos de niños resisten, se laceran, sufren, pero es necesario decirlo claramente, tan fuerte como lo sentimos, que en estos días estamos entrando en el *sufrimiento transfigurado* —el otro es feo, no es el auténtico—, en nuestra condición de hombres. Somos mejores. Con una plenitud que nos invade dulcemente. Uno de mis recuerdos más extraordinarios es el rostro con el que un día X... me comunicó la muerte de su hijo, de la que él se había enterado hacía apenas dos horas. Una especie de gozo supremo sobre una conmoción total que no era ya una conmoción sino un rostro real, de una sencillez y una ingenuidad de niño pequeño. Ninguna

palabra sobre la alegría del sufrimiento cristiano podría haberla hecho comprender mejor que el haber visto, una vez sola, un rostro como aquél, en el punto culminante de su destino. Suceda lo que suceda, éste es el milagro que yo querría que consiguiéramos juntos. Es esto lo que podemos *hacer* por nuestra hijita, para merecer el milagro que de todas maneras tendrá que llegar, pues nosotros lo pedimos con buena voluntad, bien sea el milagro visible de la curación o bien el *milagro invisible*, a través del sacrificio, de una fuente infinita de gracia cuyas maravillas conoceremos un día. Nada hay que asemeje más a Cristo que una inocencia que sufre.

* * *

Montverdum, 24 de agosto de 1940

Cuadernos de Mounier.

Presencia de Françoise. Historia de nuestra pequeña Françoise que parece deslizarse por días sin historia.

El primer aprendizaje ha consistido en superar la psicología de la desgracia. El milagro que un día se ha roto, la promesa en la que se ha escondido la leve estela de una sonrisa borrada, de una mirada perdida, de una mano sin proyectos, no, no es posible que esto sea casualidad, accidente: «Ha caído sobre ellos una gran desgracia». Algo ha sucedido, algo grande, pero no una desgracia. No hemos tenido que torturar nuestro espíritu para demostrárnoslo. No nos hemos dicho sermones. Lo único que cabía hacer era callarnos ante este reciente misterio, que poco a poco ha ido invadiéndonos con su alegría.

Recuerdo mis viajes con permiso a Dreux y Arcachon, la angustia del último... Sentía que me acercaba a aquella cunita sin voz como a un *altar*, a un lugar sagrado donde Dios hablaba a través de un signo. Una tristeza que mordía hasta en lo más profundo, pero suave y transfiguradora. Y en torno de ella, como no encuentro ninguna palabra, adoro. Nunca conocí tan profundamente el estado de oración como cuando mi mano hablaba a aquella frente que no respondía o cuando mis ojos buscaban aquella mirada distraída, que llevaba lejos, muy lejos, detrás de mí, no sé qué acto parecido a una mirada, semejante a aquella mirada, pero más penetrante. Misterio, y sólo puede serlo de bondad, tengamos el valor de decirlo; una gracia demasiado pesada. Una hostia vive entre nosotros, muda como una hostia, radiante como ella. Releía a Bremond estos últimos días.

Si toda auténtica oración se funda en la muerte de las facultades, sensibles, inteligibles, intelectuales, volitivas; si la punta sutil del alma del niño bautizado, como escribe no recuerdo qué maestro de espíritu, se pone en el instante del bautismo en contacto directo con la vida divina, ¿qué esplendores se esconden en este pequeño ser que no sabe decir nada a los hombres? Si tuviera que permanecer así, nosotros, durante algunos meses, hemos deseado que se fuera. ¿No es éste un sentimentalismo burgués? ¿Qué quiere decir para ella ser infeliz? ¿Quién puede decir que lo sea? ¿Quién sabe si no se nos pide que *custodiamos y adoremos esta hostia en medio de nosotros* sin olvidar la presencia divina sobre una materia pobre y ciega? Mi pequeña Françoise, tú eres para mí la imagen de la fe. Aquí abajo la conocéis en un enigma, como en un espejo...

... En esta historia, nuestra «desgracia» recuperaba un aire de evidencia, una familiaridad que daba seguridad, más aún,

con mejor expresión que atraía: una *llamada* que no dependía ya de la fatalidad.

Llegó la guerra y la sumergió en una gran miseria generalizada. Sumergido de este modo, el peso ha resultado más ligero. La guerra ha supuesto para P. los momentos más atroces de soledad y congoja en septiembre, en abril. Pero, a pesar de esos momentos, ha terminado con curarnos de la enfermedad de Françoise. Tantos inocentes destrozados, tantos inocentes pisoteados. Esta niña inmolada día a día representaba quizá justamente *nuestra presencia* en el horror del tiempo. No se pueden escribir libros solamente. Es preciso que la vida nos arranque periódicamente del engaño del pensamiento, del pensamiento que vive sobre las acciones y los méritos de los demás.

Ahora que la amenaza de abril se ha alejado, ahora que es evidente que tenemos que resistir juntos, Françoise, pequeña mía, sentimos que una historia nueva interviene en nuestro diálogo: resistir a las formas fáciles de la paz firmada con el destino, donarte a nuestra resignación, no acostumbrarnos a tu ausencia, a tu milagro; darte tu pan de cada día de amor y de presencia, continuar la oración que tú eres, avivar nuestra herida, pues esta herida es la puerta de tu presencia, seguir contigo.

Quizá haya que enviarnos esta paternidad a tientas, este diálogo sin expresión, más hermoso que los juegos habituales.

* * *

9 de diciembre de 1941

A Jacques Lefrancq.

Mi viejo Jacques, está claro que no tengo más suerte que tú. No hace mucho tiempo, frustrados intentos más modestos, me puse a escribirte una larga carta. No puedo medir el número de sus páginas, se aproxima al de las estrellas en el cielo. Aunque, infeliz de mí, las estrellas no saben encontrar su camino entre los hombres. Supe que esa carta no había superado ni las primeras etapas. ¿Le irá mejor la modestia que le impongo a ésta? Hubo un tiempo en que recompensaba la virtud en los libros ilustrados...

Es triste, viejo mío, no poder hablarse y responderse y estar condenados a este monólogo incierto, a este tiro sin blanco, a este ciego andar a tientas. No tengo a mi disposición el lenguaje lógico y las cabriolas bipolares para explicarte esto. Te lo explicaré con Françoise. Tampoco ella responde. Sin embargo estamos siempre muy cerca, a pesar de una impresión material de inasible separación, menos verdadera que una misteriosa comunión.

... Porque nosotros podríamos tener una especie de felicidad eterna, difícil de sujetar con manos humanas, detenida con pie ligero en la punta del corazón, mientras que la vida pasaría sus páginas, acumularía sus etapas. Pues bien, viejo mío, no. Mañana cogemos el tren de Bruselas con naturalidad (no hablo de la fiebre). El tiempo detuvo su vuelo con aquel hombre. Todo está allí, al alcance de la mano. Sólo esta lengua algo embarazada, en primer lugar porque no se mueve en todas las direcciones y luego porque la voz se pierde en un espacio sin eco. Pero ahí está Françoise para recordarnos su clara lección de *presencia escondida* que simboliza y recapitula (como decían tan bien aquellos buenos Padres griegos) todo el sentido de nuestra pobre vida, desde hace algunos años muy animada por una especie de nudo de silencio que cambia de una a otra situación.

ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS ANTE EL SUFRIMIENTO

PSICOLOGÍA DEL SUFRIMIENTO

Salvador Urraca Martínez

Facultad de Psicología. Universidad Complutense. Madrid

APROXIMACIÓN CONCEPTUAL

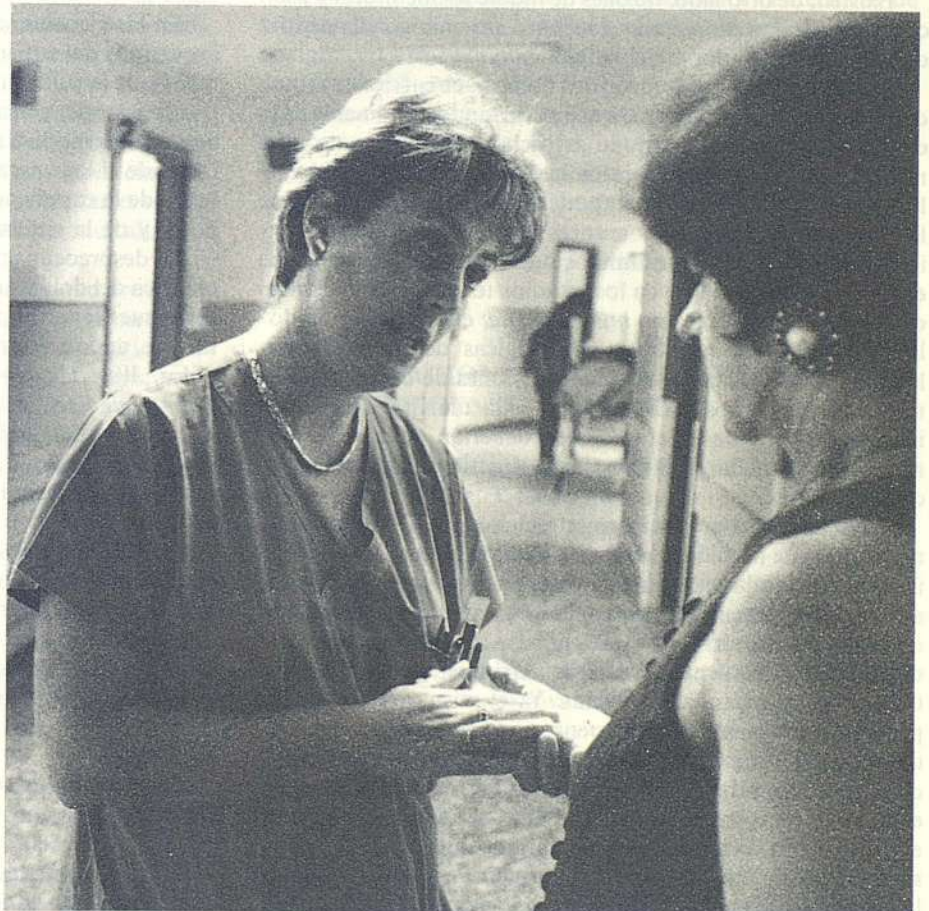
En la psicología científica se observa una importante ausencia en el análisis de la significación, evaluación y tratamiento del insoslayable sufrimiento humano: «Pocos psicólogos han intentado penetrar en la etiología y significado del sufrimiento humano», afirma Goldberg¹. La presencia del sufrimiento en las teorías psicológicas es, pues, testimonial, irrelevante y de extraordinaria complejidad²; y lo que resulta más sorprendente es el olvido o irrelevancia del sufrimiento en las ma-

terias que se cursan en las carreras de Medicina y Enfermería³.

Su concepto se halla subsumido en los aspectos cognitivos, afectivos y comportamentales del dolor⁴, en otros episodios de las vivencias humanas, especialmente de aquellos que cursan estrés e insatisfacción⁵, y en el poder anticipatorio del hombre, en base a las propias experiencias, ante sucesos amenazantes que, probablemente, provocarán pérdidas significativas y elicitarán conductas de sufrimiento⁶.

El dolor y el sufrimiento tienen significados polisémicos, dependiendo del ámbito o ciencia que les analice y de los contextos personales, culturales y sociales que les interprete⁷.

Son procesos reversibles, de modo que del dolor se deriva el sufrimiento y del sufrimiento persistente puede surgir el dolor.



«La atención adecuada del sufrimiento puede conllevar que el tratamiento sanitario se convierta en más humano, más sensible, más personalizado, más eficiente y menos costoso».

Si la literatura psicológica no es más abundante se debe, fundamentalmente, al uso indiscriminado de los conceptos dolor y sufrimiento, con predominio del término *dolor* (pain y suffering; douleur y souffrance)⁸ y a la dificultad intrínseca que ofrece la definición, cuantificación, análisis y tratamiento del sufrimiento humano.

En general, la investigación psicológica se ha centrado en las cogniciones, percepciones/sensaciones y conductas de dolor, ya que «el dolor es la causa más frecuente del sufrimiento e incapacidad que afecta gravemente a millones de personas en todo el mundo, y ha sido uno de los factores principales que han afectado el curso de los acontecimientos humanos»⁹.

Tanto el dolor como el sufrimiento se originan en estímulos aversivos o de amenaza que provocan en el ser humano reacciones de evasión y rechazo; pero son de indudable utilidad como indicadores de anomalías biopsicológicas en función de la interacción de las «variables fisiológicas y psicológicas»¹⁰.

Hasta ahora, el marco clínico de la psicología se ha preocupado por los problemas concretos del dolor (cefaleas, migrañas, dolor pre-post parto, dolor traumático, dolor crónico), olvidando la incidencia, globalidad y prevalencia del sufrimiento en muchas enfermedades somatopsíquicas, aunque lo ha abordado desde la patogénesis del dolor, de la esquizofrenia o de los distintos desórdenes psicofisiológicos: «El sufrimiento lo experimentan las personas, no simplemente los cuerpos, y tiene su origen en los retos que amenazan a la integridad de la persona como compleja entidad social y psicológica»¹¹.

Existen, de otro lado, razones de índole sociocultural y psicológica que han propiciado el rechazo sistemático y la pérdida de valor del dolor y del sufrimiento.

La aminoración y control del dolor y el sufrimiento no debe implicar su total erradicación cerrando totalmente los estados emocionales de modo artificial; sería como no admitir la condición limitadora de la esencia humana, y el valor y estado de alerta que suponen ambos constructos. En la era de los espectaculares avances biotecnológicos aparecen intentos de eliminar los estímulos nociceptivos que provocan el dolor y el sufrimiento en los estadios terminales de la vida con el fin de propiciar una *muerte digna*; ello ha deteriorado las implicaciones sociales y psicológicas de la condición humana¹². No obstante, existen situaciones de dolor y sufrimiento en las etapas finales de la vida tan inaguantables, incontrolables y desesperantes que deberían analizarse con sensibilidad, madurez, humanismo y actitudes de ayuda y consuelo.

El concepto de sufrimiento se relaciona con el dolor moral, el daño, la pérdida y las expectativas negativas que distintos avatares de la vida pueden originar. Es, sin embargo, la enfermedad —mental o física— la que provoca mayor vulnerabilidad y sufrimiento. Muchas enfermedades mentales producen, ineludiblemente, estados de sufrimiento en los pacientes y/o en las personas próximas. Ya el mismo concepto de paciente implica sufrimiento, pena, padecimiento soporte del dolor físico, psíquico o moral. El sufrimiento tiene siempre connotaciones referidas al dolor moral y a las sensaciones/emociones o experiencias desagradables o penosas. Tampoco es ajena a este concepto la tradición judeo-cristiana que considera el sufrimiento humano como prueba, castigo, expiación, liberación y salvación¹³. En el *Diccionario de Psicología* de

Merani¹⁴ se define como «dolor moral, en psiquiatría, inquietud penosa e indefinible que abarca la afectividad. Es síntoma esencial de la melancolía».

El trasfondo psicológico del sufrimiento y del dolor es el mismo, aunque la etiología no lo sea necesariamente. Para confirmarlo, basta repasar la definición que de dolor ofrece la *Sociedad Internacional para el Estudio del Dolor* (International Association for the Study of Pain, IASP): «experiencia sensible y emocional desagradable, que va unida a lesiones tisulares actuales y potenciales o que se describe mediante términos relativos a dicho deterioro»¹⁵.

Se sabe que las conductas de dolor/sufrimiento tienen como objetivo prioritario poner al hombre en estado de alerta en lo psicossomático y atraer, en gran medida, la atención, la ayuda, la asistencia, la compasión y/o el consuelo¹⁶. Las personas que sufren tienen expectativas de que los demás les comprenderán y ayudarán.

“ La presencia del sufrimiento en las teorías psicológicas es irrelevante y de extraordinaria complejidad ”

“ El dolor y el sufrimiento son procesos reversibles, de modo que el dolor se deriva del sufrimiento y del sufrimiento persistente puede surgir el dolor ”

En las ciencias sociales no existen, por ahora, modelos y arquetipos del sufrimiento, aparte de los intentos del psicoanálisis, de la psicopatología y de la psiquiatría. Ello viene motivado porque, generalmente, se ha abordado el sufrimiento desde la perspectiva religioso/moral y especulativa, y casi nunca desde el lado científico (fenómeno psicológico difuso, aspecto de la experiencia emocional negativa, consecuencia del dolor y de la enfermedad...)¹⁷.

La despreocupación por la investigación y evaluación psicológica del dolor/sufrimiento lo demuestra la escasez de pruebas o cuestionarios para su evaluación. Entre ellos merece destacarse, aunque no miden propiamente el sufrimiento sino el dolor, *West Haven-Yale Multidimensional pain inventory*¹⁸, *Pain-related self statements scale* y *Pain-related control scale*¹⁹ y el *McGill pain questionnaire*²⁰.

Otros datos que revelan la incuria en la investigación psicológica del sufrimiento humano nos lo ofrece la penuria de artículos que hacen referencia específica al sufrimiento en el *Index Medicus* (1992-94) y en los *Psychological Abstracts* de los últimos ocho años (1987-1994). De los 120 artículos que aparecen en la entrada *suffering* de los *Psychological Abstracts*, el 80 % son de índole psicoanalítica (fundamentalmente de la *Revue Française de Psychoanalyse*), el 9 % de un espléndido número monográfico de la revista *Loss, Grief and Care* (1986-87, 1, 1-2), y el 11 % a otras orientaciones y/o terapias.

Repasando los 148 artículos que aparecen en el *Index Medicus* entre los años 1992-94 y en la entrada *suffering*, encontramos que el 60 % se refieren a la patogénesis de la esquizofrenia y desórdenes esquizoafectivos, el 19 % a desórdenes psicóticos, emocionales, depresivos, ansiógenos y cogniciones

catastróficas, el 13 % al dolor crónico (migrañas, artritis, dolores de cabeza, etc.) y el 8 % a métodos, técnicas y tratamientos para afrontar las anormalidades y desórdenes descritos anteriormente, recalando en la importancia de la técnica del biofeedback electromiográfico.

Además, el sufrimiento es un término que apenas aparece en los diccionarios y textos de Psicología y de Psiquiatría.

CAUSAS Y FACTORES PRECIPITANTES DEL SUFRIMIENTO

En el fondo de la naturaleza humana se hallan la fragilidad, el dolor y el sufrimiento. Realidades que la sociedad del bienestar trata de ocultar, rechazar o soslayar, mal que bien. De la misma naturaleza del hombre emerge lo dramático y el enfrentamiento entre polos conflictivos: felicidad-dolor, bienestar-sufrimiento, placer-displacer, amor-desamor, simbólico-real, equilibrio-patológico, etc. Pero en el desarrollo del ciclo vital humano surge el ineludible encuentro con los polos negativos, estímulos desagradables, que pueden y deben abordarse y superarse. El sufrimiento, como la enfermedad y la muerte, es uno de los polos emocionales negativos cuya superación hace madurar y crecer al hombre²¹. Autores tan relevantes como la doctora Kübler-Ross²² y Fertzinger²³ analizan la aparente paradoja del morir como proceso de crecimiento y desarrollo humanos.

Aparte de la significativa influencia del dolor, son múltiples las causas que potencialmente tienen incidencia en la aparición y conductas de sufrimiento: insatisfacción con la vida diaria, enfermedades orgánicas, hospitalización, deterioros mentales, experiencias emocionales desagradables, objetivos vivenciales o de bienestar inalcanzables, situaciones de desarrollo personal —especialmente la crisis de la adolescencia—, la información y también el ocultamiento de enfermedades severas, distintos estresores cotidianos, etc. Consecuentemente, las causas del sufrimiento pueden estar localizadas o ser de índole difusa, pero generalmente son de carácter multidimensional.

Son, sin embargo, las situaciones límite las que provocan mayor estado de sufrimiento: dolores crónicos, enfermedades irreversibles, situación terminal, enfermedades dramáticas de índole afectivo-mental, estrés persistente, esquizofrenias, neuroticismo, depresiones, psicosis maníacas, etc. Algunos de estos episodios pueden constituirse en condiciones suficientes para provocar sufrimiento psicótico y, en consecuencia, requerirán atención especial de los terapeutas o personas próximas a los pacientes.

Finalmente, no se deben olvidar los rasgos de personalidad y las perturbaciones en los procesos cognoscitivos que ayudan a desentrañar el significado y la interpretación tanto del dolor crónico como del sufrimiento²⁴; de igual modo, resulta relevante considerar la psicopatología del paciente y los factores-comportamientos subjetivos: dificultades en la relación interpersonal, vivencias personales de las anomalías y/o los prejuicios psicosociales²⁵.

La resultante común a ambos conceptos, dolor y sufrimiento, son el carácter subjetivo, la estimulación nociceptiva, el desorden afectivo, la experiencia sensible y emocional desagradable, la interacción mutua, la interpretación en función de signos y símbolos imbricados en el contexto antropológico

y sociocultural, la percepción desagradable y las conductas de rechazo, huida o afrontamiento.

Sin embargo, existen elementos diferenciadores entre ambos constructos. El *dolor* tiene su origen en causas de índole neurofisiológico o psicológico, posee mecanismos o vías de transmisión (neurotransmisores), localizaciones cerebrales más o menos precisas, umbrales perceptivos, una ciencia para su estudio (algología), unos términos singulares acuñados por la IASP (hasta 32 términos diferentes: algogénico, anestesia, etc.) y un tratamiento farmacológico-psicológico-fisico-médico estructurado y experimentado... No acontece de igual

“ Tanto el dolor como el sufrimiento se originan en estímulos aversivos o de amenaza que provocan en el ser humano reacciones de evasión o rechazo ”

“ El sufrimiento lo experimentan las personas, no simplemente los cuerpos ”

modo con el *sufrimiento*: afecta a la persona en su totalidad; el origen es más inespecífico aunque hay autores, como Chapman, Gavrin y Fordyce, que analizan las bases neurofisiológicas del sufrimiento (estimulación aversiva —producida por nociceptores, conductas de dolor y estímulos aversivos: temor, amenaza, pérdidas diversas— y perturbación de las estructuras límbica e hipotalámica); la terapéutica y las técnicas de afrontamiento no están tan desarrolladas. Aunque las drogas, analgésicos y psicotropos reducen o destierran el sufrimiento no parece que, como hábito terapéutico, sea la mejor solución al problema. Podrían utilizarse las técnicas psicosociales de reducción del estrés, del dolor, de la angustia, del temor, de la preocupación cognoscitiva: relajación, psicoterapias, técnicas distractivas y de reducción de miedos, estrategias cognitivas y/o psicofarmacológicas que controlen la depresión, la esquizofrenia y la angustia, apoyo psicosocial, acompañamiento, etc.

MANIFESTACIONES Y CONSECUENCIAS DEL SUFRIMIENTO HUMANO

El sufrimiento en los humanos no siempre se verbaliza. Las respuestas emocionales, las expresiones corporales y la comunicación no verbal pueden denotar estados emocionales de inseguridad, angustia, alegría, *sufrimiento*, insatisfacción, miedo y/o sorpresa; más difíciles de detectar en personas esquizofrénicas, que son muy vulnerables al estrés²⁶.

El sufrimiento, el rechazo y el pánico sociales que provocan algunas enfermedades, especialmente el cáncer, el VIH o el Sida, se proyectan negativamente en la aceptación y afrontamiento de las mismas, ya que existen prejuicios sociales que estigmatizan a los pacientes y les inducen conductas de miedo, soledad y ansiedad y actitudes inadaptativas y negativas ante la enfermedad y la vida²⁷.

Es incuestionable que algunas enfermedades originan en los pacientes baja autoestima, anticipación amenazante de futuro sufrimiento y pérdidas sociales y personales irremedia-

bles e impredecibles, cambios corporales dramáticos, episodios psicológicos depresivos y sufrimiento²⁸.

El sufrimiento en la enfermedad terminal constituye una entidad cuyas consecuencias pueden producir sufrimientos incontrolables, estados psicóticos (melancolía, manías, esquizofrenias, delirios) o neuróticos (neurosis obsesivas, angustia, neurosis traumáticas). Las experiencias y conductas de dolor pueden controlarse en la praxis médica con relativo éxito. No así las manifestaciones de sufrimiento, cuya etiología es más compleja y su tratamiento desborda los límites de la medicina tradicional, a la que social y profesionalmente se le atribuye la función preventiva y curativa de la enfermedad. Ello es debido, en gran medida, a que la salud no se ha entendido «en términos de capacidad de posesión y apropiación por parte del hombre de su propio cuerpo», ni la sanidad «como la cultura del cuerpo»²⁹. Gracia Guillén, además, distingue con brillantez la dialéctica apropiación-expropiación, en especial en los estadios finales de la vida. El sufrimiento entra así en el ámbito de la interioridad de las personas, en el mundo de lo psicosomático y de lo psicógeno, en lo mental y afectivo/emocional.

“ El concepto de sufrimiento se relaciona con el dolor moral, el daño, la pérdida y las expectativas negativas que distintos avatares pueden originar ”

“ Es la enfermedad —mental o física— la que provoca mayor vulnerabilidad y sufrimiento ”

Entre los objetivos de las Ciencias de la Salud debería primar también, y de forma significativa, el alivio del dolor y del sufrimiento como realidades personales, sociales y culturales interdependientes.

Existen *factores* precipitantes del sufrimiento humano: *Psicológicos*: emociones, afecciones, motivaciones, percepciones, personalidad, valores, creencias y actitudes; *Sociales*: valores culturales, hábitos sociales, estereotipos y prejuicios, valores éticos; *Neurofisiológicos*: agresión tisular, estímulos nociceptivos periféricos, etc.³⁰

En el componente afectivo del dolor y del sufrimiento se encuentran subcomponentes que lo modulan y clarifican: emociones, angustia, miedo y tristeza³¹. También tiene suma importancia la focalización atencional más que la misma ansiedad³². Es decir, la percepción del sufrimiento la incrementan más que los estados de ansiedad y depresión, la excesiva atención prestada a los estímulos estresantes y a los cuidados obsesivo-compulsivos de la salud y del propio cuerpo³³.

ASPECTOS PSICOANALÍTICOS DEL SUFRIMIENTO

Dentro de los procesos psicodinámicos ocupan un lugar preeminente los episodios algógenos de la mente humana y del sufrimiento, dando importancia sustantiva al dispositivo

de la metabolización psíquica, el *self*³⁴. Si el *self* no funciona aparecen las raíces del sufrimiento: envidia, melancolía, celos, culpabilidad, vergüenza y/o disgusto. Y aquí surge la gran variabilidad de los seres humanos, «desde personas que sufren y padecen continuamente por cualquier cosa hasta individuos que parecen sentirse con vivencia placentera de continuo. U otros que parecen ser un tanto insensibles, hipoestésicos, tanto frente al dolor mental como ante el placer»³⁵.

«El psicoanálisis se ha enfrentado, antes que con cualquier otra cosa, con la psicalgia o dolor psíquico... El *sufrimiento* denota una experiencia mental enriquecida por representaciones y como tal tiene un espesor mayor que el padecimiento físico; implica recuerdos, ansiedades, miedos, relaciones y presentaciones de palabras»³⁶.

El psicoanalista francés Racamier define, brillantemente, el sufrimiento «como las heridas del alma que sangran en silencio, padecidas por el Yo cuando es confrontado a tareas imposibles y privado de todo refuerzo narcisista. Amenazado el sujeto de perecer, su único objetivo será el de sobrevivir»³⁷. Es a través de los procesos relacionales donde aparece y se experimenta el sufrimiento: *Yo-objeto, sujeto-sujeto*. También se ha de tener en cuenta la *circularidad psicosomática*: parte del sufrimiento mental y va hacia el cuerpo; o parte del dolor o daño corporal y va en dirección del plano mental³⁸.

El sufrimiento está en el origen del pensamiento como elemento organizador. Pero también puede constituirse en desorganizador si existe ausencia o insuficiencia de objeto, o un exceso de presencia y de actividad del objeto; el dolor es más el desamparo pasivo que el desamparo activo que vehiculiza el dolor y constituye el soporte de la depresión³⁹.

La cura psicoanalítica es dolorosa pues implica una serie de duelos a realizar. El dolor psíquico o sufrimiento se confunde con la angustia y estaría ligado con el sentimiento de impotencia o de incapacidad del sujeto⁴⁰. Existen otros conceptos significativos del psicoanálisis que deben tenerse en cuenta a la hora de intentar comprender e interpretar el sufrimiento humano: el sentimiento de culpa que acompaña a los estados de duelo y depresión, la pérdida o la renuncia de un proyecto

“ La despreocupación por la investigación y evaluación sociológica del dolor/sufrimiento lo demuestra la escasez de pruebas o cuestionarios para su evaluación ”

“ El sufrimiento, como la enfermedad o la muerte, es uno de los polos emocionales negativos cuya superación hace madurar y crecer al hombre ”

o de un ideal, la ansiedad percibida como un ataque que viene desde dentro del sujeto o desde fuera de él, el sufrimiento depresivo que el sujeto atribuye a algún desorden o mal que él ha provocado, las pulsiones de muerte como modelos de comprensión de los procesos destructivos, los sentimientos traumáticos inconscientes anticipatorios de la muerte, la asunción de la naturaleza catastrófica de la propia vida, el sufrimiento autoinducido y la aceptación del sufrimiento como consecuencia del hecho de vivir⁴¹.

Al hablar del valor del sufrimiento, V. Frank⁴² argumenta que el sufrimiento y el proceso del morir ofrecen un significado potencial a la vida. La dignidad del hombre puede sustentarse en la habilidad para tolerar animosamente el sufrimiento.

EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DEL SUFRIMIENTO HUMANO

Dada la complejidad para definir operativamente el sufrimiento humano, no resulta menos difícil evaluar y tratar el mismo. No obstante, existen algunas pautas que pueden ayudar a comprender el sufrimiento. Especialmente, se deben tener presente las expresiones y manifestaciones verbales y no verbales de los pacientes y las variables personales e interculturales concurrentes, que modulan e interactúan en la aparición y exteriorización del sufrimiento. Lo más congruente sería analizar la etiología concreta o difusa que provoca el estado y las conductas de sufrimiento y aplicar las técnicas de modificación de conducta en función de la psicopatología del sufrimiento.

“ Las situaciones límite son las que provocan mayor estado de sufrimiento ”

“ El dolor tiene su origen en causas de índole neurofisiológico o psicológico, mientras el sufrimiento afecta a la persona en su totalidad ”

Para afrontar el sufrimiento es necesario escuchar, dialogar y observar al paciente, analizar las actitudes de los otros hacia el enfermo y el nivel personal de soportabilidad de la enfermedad, identificar el significado de la enfermedad desde la perspectiva personal del paciente, interpretar la expresión verbal-no verbal de las emociones, ubicar y comprender el emplazamiento de la persona en la enfermedad y evaluar los estados psíquicos y actitudes del paciente ante las amenazas futuras y la posible desintegración de su persona. Sin estos supuestos, difícilmente se podrá iniciar una eficaz terapia para aliviar el sufrimiento, sea de índole médica, psiquiátrica, psico-farmacológica, cognitiva/conductual, implosiva o de simple apoyo humano y/o espiritual.

Sin embargo, es frecuente que la poca atención a los problemas humanos y psicosociales del paciente y de la familia, el mismo tratamiento, el descuido en el análisis de las conductas que manifiestan dolor, la misma enfermedad, la atención exclusiva de los problemas del dolor corporal, la percepción de descontrol de la enfermedad, la falta de alivio, la hospitalización y la deficiente o nula información provoquen estados de insatisfacción y sufrimiento.

El doctor Cassell lo expresa de manera contundente: «El alivio del sufrimiento y la curación de la enfermedad, deben considerarse como obligaciones gemelas en la profesión médica dedicada al cuidado del enfermo. La falta de perspicacia por los médicos de la naturaleza del sufrimiento puede dar como resultado una intervención, si bien médica y técnicamen-

te adecuada, que no sólo es incapaz de aliviar el sufrimiento sino que se convierte en una fuente de sufrimiento por sí misma»⁴³.

Las ciencias sociales y de la Salud, desgraciadamente, no han profundizado suficientemente en la importancia que el *sufrimiento* tiene en el afrontamiento de las situaciones límite y que puede conducir a tentativas de suicidio, a la petición de la eutanasia y a estados de absoluta desprotección e indefensión. El sufrimiento no es un tema inconsistente o baladí que puede despacharse con argucias burocráticas, carencia de tiempo o incapacidad para enfrentarse con la raíz, a veces insondable y difusa, del problema. Por ventura esta situación se intenta paliar con el *voluntariado* y con la inapreciable labor de las distintas modalidades de *Hospice*, que se van implantando paulatinamente en nuestro país; aunque se debe reseñar las carencias estructurales y personales para la adecuada atención y acompañamiento de los pacientes y de sus familias en los tradicionales centros hospitalarios.

Liegner⁴⁴ y Drew⁴⁵ insisten en que muchos sufrimientos se incrementan por el hecho de tener que soportar la hospitalización (pérdida de autonomía, cambios en el estilo de vida, invasión de la privacidad, menoscabo de los derechos de los pacientes...) y por la inhabilidad de los profesionales de la salud para restablecer la autoestima y la autonomía de los pacientes. El origen de estas actitudes se encuentra en la poca atención que tanto en la educación sanitaria como en la práctica clínica se otorga al problema del sufrimiento⁴⁶. La atención adecuada del sufrimiento puede conllevar que el tratamiento sanitario se convierta en más humano, más sensible, más personalizado, más eficiente y menos costoso⁴⁷. Para ello, es preciso respetar sus derechos, atender adecuadamente las necesidades y deseos, los temores y angustias de los pacientes..., y propiciar así la creación de un clima de mutua cooperación, de inputs positivos y reforzadores, de información adecuada y adulta, de comunicación. Según Liegner y Drew los *Hospices* cumplen con estas condiciones en la atención de los enfermos en situación terminal; también *los cuidados paliativos* resultan adecuados para procurar el bienestar psi-

“ Existen factores precipitantes del sufrimiento humano: psicológicos, sociales y neurofisiológicos ”

“ Para afrontar el sufrimiento es necesario escuchar, dialogar y observar al paciente ”

“ Las ciencias sociales y de la salud no han profundizado suficientemente en la importancia que el sufrimiento tiene en el afrontamiento de las situaciones límites ”

cológico⁴⁸, siempre que los equipos interdisciplinarios y los métodos utilizados no se apropien de forma paulatina y subrepticia de los cuerpos, de los sentimientos y de las emociones de los pacientes terminales⁴⁹.

El dolor crónico tiene métodos de autoevaluación multidimensionales y tratamientos específicos (desde los analgésicos

opioides hasta las drogas psicótropas: ansiolíticos, antidepresivos, psicoestimulantes...) y diversas técnicas psicológicas: condicionamiento operante, técnicas cognitivo/conductuales, afrontamiento por medio de técnicas distractivas, relajación, etcétera⁵⁰. Es preciso tener imaginación, y entrenamiento, para aplicarlas en la reducción del sufrimiento. De ahí que algunas técnicas psicológicas aplicadas en la rehabilitación o modificación de las conductas de dolor pueden ser utilizadas en pacientes con sufrimientos cronificados: técnicas distractivas (*coping skill therapies*), técnicas de reestructuración cognoscitiva (*cognitive restructuring*), técnicas cognitivas y de autocontrol «para alterar pensamientos, imágenes y actitudes, enseñar al paciente a observar su propia conducta e implícarle activamente en el curso del tratamiento»⁵¹, entrenamiento en habilidades sociales⁵², entrenamiento en relajación, etc.⁵³.

La evaluación y tratamiento del sufrimiento debe tener como objetivo esencial aliviar las manifestaciones negativas de la enfermedad, modificar el autoconcepto y la autoestima negativos del paciente, promover las emociones positivas, satisfacer las necesidades orgánico/emocionales/espirituales de los pacientes, *modificar las coordenadas axiológicas y los símbolos* a los que el hombre referencia su sufrimiento personal⁵⁴, propiciar la asunción responsable y compartida de su propio bienestar, controlar los síntomas físicos y psíquicos, prestar apoyo psicológico a los profesionales sanitarios para afrontar adecuadamente el cansancio y el estrés y ofrecer una comunicación e información adecuadas con el fin de mejorar así el bienestar y la calidad de vida de los pacientes⁵⁵.

CONCLUSIONES

- 1.^a Resulta complejo definir el sufrimiento sin apelar a los multifactores que lo producen y modulan: dolor, perturbaciones afectivo-emocionales, niveles cognoscitivos, hechos o situaciones estresantes, comportamientos de rechazo, adaptación o afrontamiento, niveles fisio-psico-socio-culturales de la estimulación aversiva y de la interpretación de la realidad o de las expectativas amenazantes, etc. El sufrimiento es, pues, una experiencia sensorial y/o afectivo-emocional desagradable experimentada por la persona ante situaciones que implican dolor, temor estrés, ansiedad, pérdida y/o perturbaciones psicopatológicas de la personalidad. Tanto el dolor como el sufrimiento requieren un gran conocimiento de los mecanismos cerebrales, análisis de pasadas experiencias y examen de los niveles atencionales, cognitivos y afectivos⁵⁶. Dichos niveles constituyen variables mediacionales modificadoras. La experiencia del sufrimiento humano se refiere al concepto de conducta de enfermedad —*illness o behavior illness*— más que a los eventos biológicos o «*disease*», aunque ambos interactúan.
- 2.^a La función primordial del sufrimiento es la puesta en estado de alerta de la persona ante acontecimientos internos al propio cuerpo o externos a él que delatan estímulos aversivos biopsicológicos y sociales que suponen un ataque a la propia integridad personal. Dicha función es positiva, en principio.
- 3.^a La patogénesis del sufrimiento es polimorfa y depende tanto de los estímulos nociceptivos como de la interpretación, percepción y valoración que de ellos se realice en función

de los valores personales, sociales y culturales que interactúan.

- 4.^a El control del sufrimiento por los demás debe partir del respeto a los supuestos de libertad, autonomía y consentimiento informado, justicia y beneficencia. Los pacientes tienen también derecho a decidir responsablemente sobre las intervenciones o terapias que se vayan a aplicar en beneficio de su propio cuerpo, de la reducción del dolor, de la minoración del sufrimiento y de la mejora de la calidad de vida⁵⁷. De no seguir estos principios, se puede caer en la tentación de la expropiación del paciente e impedir, de este modo, la expresión de los sentimientos y emociones más profundos y problemáticos.
- 5.^a Las terapias que se apliquen en la reducción del sufrimiento no deben ser unidireccionales; en consecuencia, se deben combinar las diversas estrategias de afrontamiento del sufrimiento: técnicas psiquiátricas, cognitivo-conductuales, técnicas distractivas, biofeedback, etc. Teniendo presente que las actitudes de los profesionales de la salud pueden, y deben, propiciar canales de comunicación con los pacientes, también entre los miembros del equipo sanitario, para que expresen sus dolores, emociones, sufrimientos y tensiones⁵⁸. Las acciones de los profesionales sanitarios deben orientarse a evitar la percepción de descontrol del dolor, de la enfermedad y del sufrimiento y proporcionar a los pacientes y familiares respeto, atención, relajación, consuelo y compasión.

Recordando a Racamier es necesario restañar «*las heridas del alma que sangran en silencio*».

BIBLIOGRAFÍA

1. Goldberg, C. (1986): *Concerning human suffering*. Psychiatric J. of the University of Ottawa, 11, 2, 97-104.
2. Modestin, J. (1986): *Degree of suffering: A neglected variable*. Psychopathology, 19, 6, 317-323.
3. Gregory, D. y Longman, A. (1992): *Mothers' suffering: Sons who died of Aids*. Qualitative Health Research, 2, 3, 344-357; Casell, E. J. (1982): *The nature of suffering and the goals of medicine*. New England Journal of Medicine, 306, 639-645.
4. Fernández, E. y Milburn, T. W. (1994): *Sensory and affective predictors of overall pain and emotions associated with affective pain*. Clin. Journal Pain, mar., 10, 1, 3-9.
5. Budd, M. A. (1993): *Human suffering: Road to illness or gateway to learning?* Advances, 9, 3, 28-35.
6. Cassell, E. J., l.c.
7. Gracia G., D. (1989): *Sufrimiento*. En Fe cristiana y sociedad moderna, 10. Madrid: Ediciones SM, 23-40.
8. Fordyce, W. E. (1988): *Pain and suffering: A reappraisal*. American Psychologist 43, 4, 276-283; Blitzer, M. H. (1986-87): *Suffering and pain*. Loss, grief and care, 1, 1-2, 137-140.
9. García Barreno, P. (1992): *Aspectos psicopatológicos del dolor*. En Dou, A. (editor): *El dolor*. Madrid: UPCO, 19-131.
10. García Barreno, P.: l.c., 29.
11. Cassell, E. J.: l.c.
12. Moller, D. W. (1986-87): *On the value of suffering in the shadow of death*. Loss, grief and care, 1, 1-2, 127-136.
13. Atkinson, J. M. (1993): *The patient as sufferer*. British Journal of Medical Psychology, Jun., 66, 2, 113-120.
14. Merani, A. L. (1982): *Diccionario de Psicología*. Barcelona: Editorial Grijalbo.
15. Bategay, R. y colab. (1989): *Diccionario de Psiquiatría*. Barcelona: Ed. Herder. 178.

16. Bird, L. P. (1986-87): *Suffering, thanatology, and whole-person medicine*. Loss, grief and care, 1, 1-2, 31-39.
17. Finn, W. F. (1986-87): *Patients' wants and needs: The physicians' responses*. Loss, grief and care, 1, 1-2, 1-18; Watson, J. A. (1986-87): *Suffering and the quest for meaning*. Loss, grief and care, 1, 1-2, 175-188.
18. Jaspers, J. P. y colab. (1993): *Strategies for coping with pain and psychological distress associated with temporomandibular joint osteoarthritis and internal derangement*. Clin. Journal Pain, 9, 2, 94-103.
19. Flor, H. y colab. (1993): *Assessment of pain-related cognitions in chronic pain patients*. Behav. Research Ther., 31, 1, 63-73.
20. Melzak, R. (1975): *The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods*. Pain, 1, 277-299.
21. Cassell, E. J.: *l.c.*
22. Kübler-Ross, E.: (1975): *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Ed. Grijalbo.
23. Fertziger, A. P. (1986-87): *Death and growth: The problem of pain*. Loss, grief and care, 1, 1-2, 141-149.
24. Wade, J. B. y colab. (1992): *A canonical correlation analysis of the influence of neuroticism and extraversion on chronic pain, suffering, and pain behavior*. Pain, oct., 51, 1, 67.
25. Modestin, J. (1986): *l.c.*
26. Norman, R. M. y Malla, A. K. (1993): *Stressful life events and schizofrenia (I y II): A review of the research*. Brit. Journal Psychiatry, feb., 161-166 y 166-174.
27. Laryea, M. y Gien, L. (1993): *The impact of HIV-positive diagnosis on the individual, Part I: Stigma, rejection, and loneliness*. Clin. Nurs. Research, 2, 3, 245-263.
28. Murphy, P. (1986-87): *Experiences in a hospice: The Aids patient*. Loss, grief and care, 1, 1-2, 87-91; Cassell, E. J.: *l.c.*
29. Gracia Guillén, D. (1990): *Historia de la eutanasia*. En Gafo, J. (editor): *La eutanasia y el arte de morir*. Madrid: Publicaciones de la UPC, 28.
30. García Barreno, P.: *l.c.*
31. Fernández, E. y Milburn, T. W.: *l.c.*
32. Arntz, A. y colab. (1994): *The influence of anxiety on pain: attentional and attributional mediators*. Pain, 56, 3, 307-314.
33. Avia, M. D. (1993): *La hipocondria*. Barcelona: Martínez Roca.
34. Dyer, A. R. (1994): *Self psychology as an avenue to pre-oedipal experience*. Psychiatr. Quart., 65, 1, 3-14; Kinderman, P. (1994): *Attentional bias, persecutory delusions and the self-concept*. Brit. Journal Medica. Psychol., 67, 1, 53-66.
35. Font, J. y Armengol, R. (1992): *Una concepción antropológica del dolor y del sufrimiento desde el psicoanálisis*. En Dou, A. (editor): *El dolor*. Madrid: UPCO, 277-311.
36. Ancona, L. (1989): *Del sufrimiento al dolor mental: un objeto psicoanalítico*. Revista de psicoanálisis, XLVI, 6, 1023-1036.
37. Recamier, P. C. (1991): *Souffrir et survivre dans les paradoxes*. Revue Française de Psychanalytique, 4, 893-909.
38. Font, J. y Armengol, R.: *l.c.*, 281 y ss.
39. Barbier, A. (1991): *Réflexions sur la place de la douleur dans la théorie psychanalytique*. Revue Française de Psychanalytique, 4, 801-817.
40. Amati Sas, S. (1991): *Souffrance, douleur et cadres sociaux*. Revue Française de Psychanalytique, 4, 945-955.
41. Font, J., Armengol, R.: *l.c.*; Mann, D. W. (1992): *Psychiatric pain and deliberate suffering*. Psychoanalytic dialogues, 2, 4, 545-560; Fultz, J. y Nielsen, M. E. (1993): *Anticipated vicarious affect an willingness to be exposed to another's suffering*. Basic and applied social psychology, 14, 3, 273-283.
42. Frank, V. (1990): *Facing the transitoriness of human existence*. Generations, 14, 4, 7-10.
43. Cassell, E. J.: *l.c.*
44. Liegner, L. M. (1986-87): *Suffering*. Loss, grief and care, 1, 1-2, 93-96.
45. Drew, F. L. (1986-87): *Suffering and autonomy*. Loss, grief and care, 1, 1-2, 19-24.
46. Cassell, E. J.: *l.c.*
47. Bird, L. P.: *l.c.*
48. Chapman, C. R. y Gavrin, J. (1993): *Suffering and its relationship to pain*. Journal of Palliative Care, 9, 2, 5-13; Eriksson, K. (1992): *The alleviation of suffering: The idea of caring*. Scandinavian J. of Caring Sciences, 6, 2, 119-123.
49. Gracia Guillén, D. (1990): *Historia de la eutanasia*. En Gafo, J. (editor): *La eutanasia y el arte de morir*. Madrid: Publicaciones de la UPC, 28.
50. García Barreno, P.: *l.c.*, 91-108; Labrador, F. J. y Vallejo, M. A. (1990): *Dolor crónico*. En Labrador, F. J. y Mayor, J. (editores): *Manual de modificación de conducta*. Madrid: Alhambra Universidad, 540 y ss.; Vallejo, M. A. y Ruiz Fernández, M. A. (1993): *Manual práctico de modificación de conducta*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa; Garrido Fernández, M. y García Martínez, J. (1994): *Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones*. Valencia: Promolibro; Hadjistavropoulos, H. D. y Craig, K. D. (1994): *Acute and chronic low back pain: cognitive, affective, and behavioral dimensions*. Journal Consult. Clin. Psychology, 62, 2, 341-349; Laberge, B. y colab. (1993): *Cognitive-behavioral therapy of panic disorder with secondary major depression: a preliminary investigation*. Journal Consult. Clin. Psychology, 61, 6, 1028-1037; Osherson, D. y colab. (1994): *Extracting the coherent core of human probability judgement: a research program for cognitive psychology*. Cognition, 50, 1-3, 299-313.
51. Avia, M. D. (1990): *Técnicas cognitivas y de autocontrol*. En Labrador, F. J. y Mayor, J. (editores): *Manual de modificación de conducta*. Madrid: Alhambra Universidad, 329-360.
52. Gil, F. (1990): *Entrenamiento en habilidades sociales*. En Labrador, F. J. y Mayor, J. (editores): *Manual de modificación de conducta*. Madrid: Alhambra Universidad, 399-430.
53. Vila, J. (1990): *Técnicas de reducción de la ansiedad*. En Labrador, F. J. y Mayor, J. (editores): *Manual de modificación de conducta*. Madrid: Alhambra Universidad, 229-264.
54. Polaino-Lorente, A. (1985): *La depresión*. Barcelona: Martínez Roca, 122.
55. Limonero, J. T. (1994): *Algunas aportaciones de la psicología al ámbito de los enfermos en situación terminal*. Anuario de Psicología, 61, 85-92; Cousins, N. (1982): *Anatomía de una enfermedad o la voluntad de vivir*. Barcelona: Ed. Kairós; Eriksson, K.: *l.c.*; Bates, A. y colab. (1989): *Medical illness and acceptance of suffering*. International J. of Psychiatry in Medicine, 19, 3, 269-280; Polaino-Lorente, A.: *l.c.*
56. Melzak, R. (1993): *Pain: past, present and future*. Canad. Jour. Experim. Psychology, 47, 4, 615-629.
57. Véase la magnífica obra del doctor Gracia Guillén (1989): *Fundamentos de Bioética*. Madrid: Ed. Eudema.
58. Hiscock, M. (1993): *Complex reactions requiring empathy and knowledge. Psychological aspects of acute pain*. Profes. Nurs., 9, 3, 158-160.

EL SUFRIMIENTO EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN SOCIAL

José Luis Gago de Val

Director de programas religiosos. COPE

El sufrimiento es humano: es la consciencia de un dolor físico, psíquico o moral. El dolor propiamente dicho es somático y visceral, y por ello más biológico. Sin embargo, ambos términos se utilizan como sinónimos, indistintamente.

La primera característica del sufrimiento es su universalidad. Nadie puede esquivar su hierro. Se trata de una experiencia universal e íntima, común y personal. Forma parte del proceso vital, es elemento constitutivo de la realidad humana. Antes de cualquier terapia o de cualquier valoración el sufrimiento es un hecho, un dato, una realidad que, por su inevitable presencia y tenaz acompañamiento, constituye parte esencial de la vida humana. No hay persona, ni grupo, ni sociedad, ni civilización, ni filosofía, ni religión que hubieran podido realizarse y sostenerse sin la contemplación del sufrimiento humano.

Los Medios de Comunicación Social son lo que son y han llegado a donde están, en el contexto social, cultural, económico, etc., por su implicación e identificación con los factores más específicamente humanos: los que desbrozan el camino hacia la verdad, y la estimulación de sentimientos y sensaciones activadores de la voluntad. Con toda razón y derecho, los M.C.S. pueden hacer suya la confesión del comediógrafo latino Terencio: «Hombre soy y nada humano me es ajeno».

Los grandes M.C.S. no han descubierto el sufrimiento humano como novedad para su tratamiento; ni el sufrimiento ni ninguna otra realidad interesante. Desde las más primitivas expresiones de comunicación humana, el sufrimiento aparece como elemento connatural, preferente, sugerente. La historia del pensamiento y de las artes, las tradiciones y costumbres populares, la organización política, económica, social y religiosa de los pueblos se han construido y evolucionado incorporando y asumiendo el dolor y el sufrimiento como factores connaturales y forjadores de la persona y de la sociedad humana. Esta convivencia del sufrimiento en el proceso y desarrollo de la vida humana explica, justifica y obliga a los modernos Medios de Comunicación Social a ocuparse de forma habitual del dolor-sufrimiento en su realidad global: causas, efectos y circunstancias.

MEDIOS Y MEDIOS

Las diferencias entre unos y otros M.C.S., tanto en género como en dimensiones, en diversidad de técnicas o de lenguaje, obligan a establecer distinciones. Cada medio elabora su

producto con la misma materia prima: hechos, personas, situaciones. Pero lo hacen a su medida, en su especificidad tecnológica y conforme a un proyecto comunicacional propio.

El tratamiento que los periódicos dan a los hechos es modalmente distinto al aplicado por las emisoras de radio, y ambos diferentes al de televisión. No sólo por la filosofía o por la ideología de cada empresa de comunicación sino, antes incluso, por las características diferenciadoras de cada uno de esos medios.

Con el riesgo de imprecisiones y equívocos, y por la necesidad de simplificación, me referiré preferentemente al medio televisión por ser cuantitativamente y por su capacidad de sugestión, el medio de comunicación más significativo e influyente.

EL SUFRIMIENTO COMO DATO INFORMATIVO

Guerras, catástrofes, epidemias, violencias, accidentes mortales, etc., etc., son NOTICIA. Su cotidianeidad no les resta importancia por más que la saturación informativa produzca en el receptor una progresiva y peligrosa insensibilidad. Pero no son los M.C.S. los que producen los hechos sino los que los comunican. La condición humana es la que causa los sucesos dramáticos que, precisamente por ser tales, constituyen objeto de singular interés y curiosidad. Se dice que «las malas noticias son, para los M.C.S., las buenas noticias». Un hecho es tanto más noticia cuanto más insólito, inédito, raro, conflictivo, emotivo, actual e interesante. Los M.C.S. tienen la misión de informar de todo aquello que acontece si reúne las citadas características.

“ Los grandes medios de comunicación social no han descubierto el sufrimiento humano como novedad ”

“ Para el periodista y el receptor de la información, la normalidad no es materia de interés ”

Para el periodista, y para el receptor de la información, la normalidad no es materia de interés. Por el contrario, cuanto más sorprendente, insólito, fuerte y dramático sea un hecho, mayor carga de interés acumula como materia noticiable. Este tipo de sucesos son aquellos que afectan más cruel y dolorosamente a las personas. Lo más interesante, lo que mayor atención acapara y mayor impacto causa en el receptor suele coincidir con los hechos portadores de grandes sufrimientos:



«Los medios no producen los hechos
sino que los comunican».

imágenes de guerra, campos de refugiados, escenas de hambruna, atentados criminales, etc. Todas estas causas suceden, forman parte de esta humanidad, analfabeta en valores, que no quiere aprender de su historia y que, más aún, la reproduce con los mismos y seculares errores. Los M.C.S. lo cuentan. Con tanta mayor crudeza cuanto más reiterativos son los hechos. Queremos suponer que con espíritu de objetividad y servicio. La acción profesional informativa de los M.C.S. desempeña un papel constructivo: la información no es solamente un derecho, es también una necesidad. Una persona sin información es un ser desarraigado, ajeno a la realidad y, en consecuencia, sin opinión ni criterio, pasará por la vida inconscientemente y sin compromiso con los demás.

La información de la cruda realidad humana, cuajada de sufrimientos y desgracias ejerce una función cultural, educativa y ética. Sin las noticias e informaciones, los individuos y los pueblos seríamos más bárbaros aún. Los sufrimientos que los M.C.S. nos muestran, en clave informativa a lomo de las noticias, ejercen una catarsis saludable, motivan reacciones de solidaridad y sentimientos de compasión que humanizan, cuestionan modos de vida instalada y suscitan preguntas morales y religiosas. No es malo que imágenes reales del sufrimiento humano «hieran la sensibilidad» del espectador; esto significará que no se ha perdido totalmente la capacidad de sorpresa, de reacción y de compasión.

Los M.C.S. que presentan el sufrimiento y el dolor en noticias y reportajes *informativos* prestan un servicio impagable a la sociedad.

En el marco de un tratamiento objetivo del dolor humano pueden situarse reportajes que van más allá de la noticia inédita de actualidad pero que tienen sitio en el ámbito de lo informativo. Si la noticia se refiere al suceso actual, inmediato, el reportaje se realiza con mayor extensión y toma hechos y situaciones de actualidad más persistente, con desarrollo de circunstancias y detalles que completan, explican y amplían la noticia. Reportajes sobre pueblos, grupos, centros y personas en quienes el dolor o el infortunio se han asentado; tra-

bajos realizados con rigor y objetividad que no sólo informan con mayor amplitud y profundidad al espectador o al radioyente, sino que además descubren a personas que viven entregadas al servicio de los más desfavorecidos y desdichados. Reportajes sobre los estragos del hambre, de la guerra, de la enfermedad, de la soledad, etc., mantienen viva la amarga realidad pero muestran a la vez el rostro de gentes solidarias y caritativas. Todo ello interpela a muchos oyentes y espectadores muchas veces entretenidos en bagatelas o en problemas inexistentes.

EL SUFRIMIENTO COMO ESPECTÁCULO

El solo epígrafe descalifica el intento. Sin embargo, éste es el tratamiento más inquietante que, en muchos M.C.S., se efectúa con el dolor humano como recurso de competitividad y cebo de audiencias. No cargaremos todas las culpas de esta utilización irrespetuosa a los M.C.S. Pero sí una grave responsabilidad en proporción a su imponente fuerza e influencia emotiva.

El hecho es evidente: personas, familias, grupos humanos tocados y heridos por la desgracia se ven cercados por los grandes Medios de Comunicación Social que compiten entre sí por la exclusiva del suceso, fuerzan las palabras e imágenes más llamativas, las declaraciones más impresionantes. Al lugar de la catástrofe o del suceso se desplazan medios técnicos y humanos que harán guardia a distancia y por tiempo indefinido si fuera preciso...

Hay otro formato de programa aún más atentatorio y agresivo: la entrevista a los protagonistas del hecho doloroso, en plató principal, a sangre fría, en la que el conductor del programa arranca el apósito, hurga en la herida, excita los sentimientos y provoca el llanto hasta que el regidor de estudio da la señal de aplaudir... Los recursos técnicos del Medio subrayan la dramatización hasta los límites de la teatralidad. Los invitados acuden a estos espacios atraídos por el misterioso encanto de «hablar por la radio» o «salir en televisión». La

efímera vanidad de aparecer en pantalla neutraliza el pudor y, quién sabe, mitiga el dolor.

Esta manipulación de los sentimientos es una técnica tan innoble como aceptada entre radioyentes y telespectadores. La pregunta ¿qué es antes: el Medio o la audiencia?, resulta ociosa. Los M.C.S. parten de un dato de psicología social: el *morbo* como actitud y atractivo. La curiosidad malsana, el entremetimiento, la chismosería, revolver caldos y entrar en enredos tienen un encanto especial. No son predisposiciones imprecisas de las grandes masas sino del individuo; después se vuelven contagiosas y multiplicadoras: todos acabamos asistiendo, más o menos sigilosamente, al espectáculo. El verso de Lope mantiene su actualidad: «El vulgo es necio y, pues lo paga, es justo hablarle en necio para darle gusto». Escribió Montaigne que «la palabra es, mitad de quien la pronuncia, mitad de quien la escucha»; lo propio puede afirmarse de la imagen. Causas y efectos no son, en estos asuntos, elementos separados y sucesivos sino alternativos e intermitentes.

El espectador crítico reprocha al Medio o al director del espacio este tipo de espectáculo. Ellos, como el periodista de *Un americano tranquilo* de G. Green, se justifican: «Yo soy un reportero y Dios sólo existe para los que escriben editoriales».

La lucha por la captación e incremento de audiencias lleva a los Medios y a sus actores a traspasar el penúltimo límite. Las situaciones fronterizas de personas y grupos humanos —el dolor, la desgracia y cuanto afecte al sentimiento humano— interesan profundamente a los demás. Si se condimentan con una dosis de morbo, mayor éxito. Quienes practican estos géneros justifican su abuso en la fórmula periodística que los americanos bautizaron como *el interés humano* que consiste en reflejar el modo de ser humano, la presencia de los instintos humanos en el desarrollo de la acción periodística. De unos viejos apuntes sobre los géneros periodísticos, del profesor Martínez Albertos, transcribo unos párrafos que describen esta técnica: «Hay unas fuentes seguras para localizar reportajes con interés humano: comisarías, tribunales, cárceles, orfanatos, hospitales, morgues, asilos de ancianos, pompas fúnebres... El cultivo del *interés humano* es una fórmula comercial..., pero este camino tiene algunos peligros. El interés humano pone especial énfasis en lo instintivo e irracional, en lo pasional, incluso en las nobles pasiones del hombre. Pero esto no es correcto como sistema. Si se hacen continuas llamadas a lo instintivo e irracional del hombre se anula su posibilidad de llegar a convicciones propias, se destruye la libertad de recepción de los destinatarios.

Se acaba considerando al receptor como un mecanismo de reflejos condicionados, como un puro objeto desprovisto de libertad».

Es el momento de, al menos, aludir a la deontología profesional de los agentes de los M.C.S. precisamente en un asunto claro y delicado como es el derecho a la intimidad, a la vida privada, a la protección de la reputación de individuos y familias. Es unánime la convicción de que estos valores son derechos que han de ser celosamente respetados y, en su caso, reclamados con garantías legales suficientes. Un gran número de países de todo el mundo tienen establecidos códigos éticos para los profesionales de la comunicación social; todos ellos coincidentes en la inviolabilidad de la intimidad y de la vida privada. Particularmente curioso es el código inglés que matiza estos derechos en los aspectos que aquí consideramos:

«... un periódico no deberá hacer nada que suponga intromisión en la *aflicción o desgracia* ajenas». Los sufrimientos son, con seguridad, las expresiones más sagradas de la intimidad y de la privacidad. Estos derechos, sin embargo, tienen reconocidos algunos límites: el interés público (no la curiosidad), eventuales daños a terceros, el carácter público de las personas y uno que, en el caso que consideramos, pudiera servir de justificación de programas como los denominados *reality show* o similares. Es el límite que establece el *consentimiento otorgado* por las personas concernidas; lo cual, si bien elimina la posibilidad de reclamación, réplica o demanda, no exime al comunicador ni al medio de su más neta responsabilidad profesional ante la audiencia y ante su propia conciencia.

EL SUFRIMIENTO COMO FICCIÓN

Las posibilidades y recursos de los M.C.S. para crear espectáculos, inventar mundos de fantasía y, en definitiva, estimular los más diversos sentimientos humanos son enormes. Desde el viejo maestro de escuela que leía a sus alumnos el *Corazón* de Edmundo de Amicis hasta la versión cinematográfica de *Canción de cuna* de J. L. Garcí; desde la medieval melodía gregoriana del *Media vita* que hacía llorar a Tomás de Aquino hasta los coros de la Novena sinfonía de Beethoven que ponen pie al auditorio... La historia toda de las bellas artes, de la expresión humana, de los M.C.S. atestiguan la validez primordial de los sentimientos humanos, de las vivencias existenciales como materia inmejorable para la creatividad, para la comunicación, para la fruición estética, para la motivación sentimental, para la reacción emocional...

La radio en su momento, hoy la televisión y el cine producen obras y series cuyo nervio argumental se trenza con historias humanas, pasiones y sentimientos en los que el dolor, la adversidad, la desventura, el sufrimiento forman el tejido de la narración. En las producciones cinematográficas, teatrales, radiofónicas es más fácil provocar el llanto que la risa. El humor es intelectual, el llanto, sentimental. El novelón, el libreto romántico, el serial, el culebrón, etc., fabrican vida artificial, aventuras y desventuras, amores y pasiones que atrapan al espectador y le sumergen en mundos que, aunque no lo confiese, hubiera deseado personalizar.

Por su parte, los medios y obras que eligen estos géneros parecen trabajar conforme al refrán castellano «a mal cristo, mucha sangre»: producciones de ficción agudizan el acento melodramático en situaciones y personajes hasta su desfiguración. La fuerza expresiva de los recursos técnicos y estéticos aumentan la credibilidad y la capacidad de convicción que, por sí mismo, no tendría el guión literario. Estas producciones, preferentemente cinematográficas y televisuales, suscitan sensaciones y sentimientos sin otra pretensión o consecuencia que el entretenimiento y el pasatiempo.

En síntesis podemos afirmar que los M.C.S. reflejan y tratan el sufrimiento humano de diversas formas y en diferentes claves:

- En clave informativa, como elemento integrante de la realidad.
- En clave sociológica, como factor motivador de solidaridad.
- En clave comercial y competitiva, como espectáculo trivializador.
- En clave estética, como producto literario y de ficción.

Iluminación del sufrimiento

LH

III-1

CLAVES PSICOLÓGICAS PARA UNA VIVENCIA DEL SUFRIMIENTO EN LA ENFERMEDAD

Mariano Galve Moreno

CLAVES ANTROPOLÓGICAS

Un paciente judío de mediados de los años cincuenta describía así el dolor:

Bueno, le diré lo que creo que es dolor —y creo que es un montón de dolor—. ¿Sabe cómo es el dolor de vejiga? Bueno, lo aguanté durante ocho meses. Rodaba por el suelo de pared a pared, mordiéndolo la alfombra. ¡Ocho meses! ¿No cree que eso es dolor?

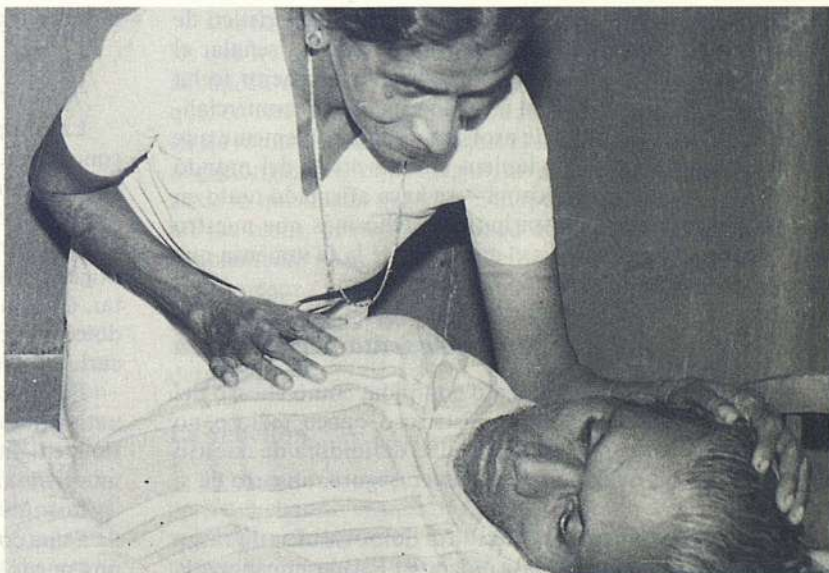
Me golpeaba la cabeza contra la pared, me mojaba la cara con agua hirviendo, acercaba lámparas encendidas al rostro hasta casi quemarme. Estaba girando en el suelo un momento, me quedaba de bruces un tiempo y luego me levantaba y me dejaba la cabeza entre las piernas; un minuto después estaba

caminando, otra vez en el suelo, intentando cualquier cosa que me aliviara.

«El dolor —escribió Aristóteles— trastorna y destruye la naturaleza de la persona que lo siente». Adviértase que incluso un incidente menor —un pasajero dolor de cabeza, cierta tensión en el cuello— tiende a cambiar el talante. El dolor, a la mayoría de nosotros nos vuelve irritables, hipersensibles. El rostro bien compuesto con que solemos saludar al mundo empieza a cobrar aspecto ligeramente adusto. Un dolor más fuerte puede volver a un hombre habitualmente imperturbable en otro de súbito hostil y susceptible.

Una mujer francesa, destrozada en 1961 en un accidente automovilístico, respondió así a las preguntas sobre su dolor: «Es imposible definir el dolor físico, uno no puede describirlo, sólo es materia de experiencia. No se puede hablar del dolor con D mayúscula... es una sucesión de segundos, una sucesión de minutos; por eso es tan difícil de soportar».

«Es muy importante que seamos cuidadosos en comprender lo que nos dice un enfermo que sufre».



A veces se usa el cuestionario de McGill-Melzack, que enfrenta al paciente con un test de adjetivos preseleccionados y organizados en grupos que describen respuestas sensoriales, afectivas o evaluadoras. ¿Su dolor es penetrante, rígido, de puñalada, de taladro, quemante, odioso, de herida abierta? El valor de ese lenguaje cotidiano reside en su intrínseca imprecisión, que corresponde a nuestra experiencia de un mundo impreciso. Las palabras *dolor* y *significado* cumplen una función social indispensable, justamente porque no se las puede encasillar con facilidad.

El sufrimiento como conquista, enigma o misterio

Si el sufrimiento encuentra difícilmente un lugar en nuestra sociedad de hoy, es porque ésta promociona la acción y la producción, una productividad a mejorar constantemente, una hazaña a *sobrepasar* constantemente. El sufrimiento, en este sistema de valores, no puede ser más que un anti-valor. En tal orden de producción, no puede ser más que contra-productivo. El sufrimiento no conviene y no puede convenir a la exigencia del éxito y de explotación a las que estamos abocados. Si tomamos conciencia de la debilidad y el fracaso —agujero irreparable en una sociedad que valoriza la plenitud, la *realización* y el *éxito* de sí—, el sufrimiento se convierte en un modo de ser inconveniente, casi antiestético.

Aislado de los diversos sistemas personales y culturales que anteriormente le daban significado, el dolor en la actualidad se suele seguir prestando entera y únicamente como un problema médico. Y el problema médico se suele presentar como un asunto de ocultos tejidos dañados que dan ocasión para drogas, cirugías y consultas. Hemos ingresado, en suma, a un tiempo que nos enfrenta a una amenaza radicalmente nueva: la de convertirse en algo completamente exento de significado.

El sufrimiento como conquista

La larga tradición médica de *ignorar o negar* el dolor se ha empezado a asimilar, lenta e irregularmente, con otra a ella relacionada. En años recientes empieza a ser posible, incluso de buen tono, hablar de la inminente *conquista* del dolor.

La medicalización del dolor es algo tan característico de nuestro tiempo, que los historiadores que quieran señalar el advenimiento del modernismo no podrán hallar mejor fecha que la de 1899, año en el cual el ácido salicílico se comercializó con el popular nombre de aspirina. Es probablemente que ninguna otra droga —Ni siquiera esas favoritas del mundo moderno, el valium y la cocaína— se haya afirmado tanto en nuestra cultura. Pero la aspirina es mucho más que nuestro más habitual analgésico. Es el emblema de la fe inmensa que tenemos en el asalto químico contra el dolor.

El sufrimiento como enigma

Y, sin embargo, el sufrimiento continúa, como el caso del dolor crónico. El *dolor crónico*, misterioso, opaco, tedioso, no fatal, podría calificarse de enfermedad definidora de nuestro tiempo de bajo perfil, privado, de sexo seguro, absorto en sí mismo.

Su relativa invisibilidad concede al dolor crónico un rasgo que lo vuelve insidioso y casi único. El SIDA, el cáncer, la

tuberculosis, la lepra, la locura y otras enfermedades representativas tienen en común un poder gráfico que puede captarse imaginativamente. No sólo amenazan la salud pública y privada, sino también —y esto tiene la misma importancia— llenan el mundo con imágenes nuevas y perturbadoras de nuestra vulnerabilidad al desastre. El dolor crónico, en cambio, resulta especialmente insidioso, porque trabaja casi por completo en secreto. Su presencia carece de dramatismo. Sencillamente nada hay de fotogénico en una espalda que duele y que no te deja dormir, sentarte, viajar, y que nunca deja de doler.

Sin embargo, aprendemos. Los pacientes con dolor crónico aprenden muy rápido que sus quejas (interminables como su sufrimiento) suelen agotar, frustrar y finalmente alienar a familia, amigos y médicos. Muchos pacientes aprenden entonces a retirarse a un aislamiento defensivo. Se encierran en sí mismos. Experimentan el fracaso de las palabras ante el sufrimiento. Escribió Virginia Woolf: «Cualquier muchacha, cuando se enamora, cuenta con Shakespeare o con Keats para buscar palabras; pero basta que alguien que sufre trate de describir a su médico el dolor que siente en la cabeza, y las palabras y el lenguaje se le agotarán de súbito». Porque un dolor que dura meses o años empieza a desgastar la paciencia y la buena voluntad de cualquiera. Constituye un asalto radical contra el lenguaje y la buena voluntad de cualquiera. Sencillamente no hay nada que se pueda decir.

“ El dolor, a la mayoría de nosotros, nos vuelve irritables, hipersensibles ”

“ Su relativa invisibilidad concede al dolor crónico un rasgo que lo vuelve insidioso y casi único ”

Por eso, porque el sufrimiento y el dolor no cesan, algunos piensan que lo que impide una conquista inmediata y completa del dolor, desde el punto de vista biomédico, es sencillamente la falta de unas pocas piezas claves de información. Pero eso, otra línea de interpretación describe al dolor como si se tratara de un *enigma* o un *acertijo*.

El sufrimiento como misterio

La comprensión del sufrimiento requiere muchos tipos de conocimiento, pero el que más solemos desdeñar o ignorar concierne al vínculo que une dolor y significado. La humanidad —en todas las culturas y en todos los tiempos— ha comprendido el sufrimiento, de modo persistente, como un suceso que exige interpretación. El dolor no sólo hiere, sino que suele frustrar, confundir, chocarnos. Parece que no podemos sufrir un dolor a secas, sino que siempre nos vemos obligados a buscarle un sentido.

Por eso, deberíamos plantear el dolor más allá de la alternativa médica actual que lo considera como conquista, desafío o enigma. Supongamos que el dolor no es un enigma sino un *misterio*.

Los misterios designan necesariamente una verdad cerrada a una comprensión plena. La idea de morar en un misterio nos puede ofrecer un complemento útil. En tanto pacientes

no habitamos en misterios como el sufrimiento porque no falte un fragmento crucial de información, sino porque no tenemos otra opción. Un misterio es una experiencia que la vida nos arroja. No podemos evadirla. Voluntaria o involuntariamente ingresamos en un territorio que de algún modo está aparte, donde sencillamente no bastan los dos modos ordinarios del pensamiento y la experiencia. Los enigmas pertenecen a nuestro cómodo mundo de la lucha competitiva: nos atraen, nos incentivan y nos recompensan con premios. Los misterios perturban el mundo que dábamos por sentado.

Es importante destacar lo misterioso del dolor —su vínculo con lo desconocido—, porque no muchos sospechan lo poco que la profesión médica conoce sobre el dolor.

Diría yo que mientras el médico se plantea el dolor como un puzzle o como un desafío, el paciente lo experimenta como un misterio. El dolor nos aparta de los modos normales de trato con el mundo. Nos introduce en un pasaje donde nada parece completamente familiar y donde hasta lo familiar adquiere una curiosa extrañeza. Lo que complica enormemente este cuadro es, sin embargo, la paradoja de que hoy vivimos en una cultura saturada de explicaciones entre las cuales está la suposición de que las curaciones son acontecimientos cotidianos. De este modo, por más que experimentemos el dolor como un misterio, continuamos *pensándolo* —para infinito desconcierto— como un acertijo no resuelto. Y así, fijamos una cita con un médico que, tal como ha sido entrenado, observa nuestra condición dolorosa como un desafío al conocimiento biomédico actual.

Los significados y las implicaciones ocultas en nuestros encuentros cotidianos con el sufrimiento se aclaran cuando hablamos con pacientes de dolor crónico. Por ejemplo, el de esa mujer de edad media, baja, excedida de peso, tímida. Soporta los exámenes del equipo médico sin comentarios y sin preguntar nada. Todos sus modales indican que deposita una fe absoluta en los profesionales expertos; por eso, se deprime mucho a medida que pasan las semanas y no hay progreso alguno. Trabaja en una industria, de operaria en una máquina perforadora; pasa ocho horas diarias junto a esa máquina. Ahora el codo le duele tanto que no puede trabajar. No tiene parientes cercanos, nadie le acompaña a la cita con la consulta médica.

“ El sufrimiento, en nuestro actual sistema de valores, no puede ser más que un anti-valor ”

“ El dolor está amenazado de convertirse en algo completamente exento de significado ”

Pero si se le pregunta si su dolencia le ha provocado cambios importantes en su vida, esta mujer tan compuesta, tan silenciosa, que durante los tratamientos permanece en silencio, empieza a sollozar y sollozar. Cuenta que lo más importante de su vida es tocar el órgano en su iglesia. Vive para los dos ensayos semanales y la función del domingo. Pero ahora, con ese dolor que le inmoviliza el codo, no puede manejar el teclado. Sus días ya no contienen nada que los llene, nada tiene que buscar. El dolor constante le ha privado de la esperan-

za. La vida parece no contener nada, está vacía, a excepción de ese dolor.

La historia social del dolor de un individuo suele estar complicada con una historia psicológica igualmente compleja. Hay pacientes furibundos o asustados que niegan que sienten furia o miedo. Emociones muy profundas de pena o de culpa muchas veces no hallan salida o solución externa.

Teste —héroe de la inteligencia— vivió dedicado a la razón pura. Una enfermedad súbita lo proyectó abruptamente contra el hecho innegable de su propio, cuerpo. Contemplo, maravillado, su dolor: «Esto es muy extraño», empieza:

«De súbito puedo ver en mí mismo... Puedo advertir las profundidades de los estratos de mi carne; siento zonas de dolor... círculos, anillos, polos, nieblas de dolor. ¿Ven estas formas vivientes, esta geometría de mi sufrimiento? Hay algunos relámpagos que son tal cuales las ideas. Me permiten comprender desde aquí hasta allí... Pero me dejan en la incertidumbre. *Incertidumbre* no es la palabra... Cuando *eso* se acerca advierto algo confuso o difuso dentro de mí... se alzan sitios vagos, territorios abiertos se manifiestan a la vista».

CLAVES PSICOLÓGICAS

En el curso del largo recorrido por el sufrimiento que conlleva la enfermedad, hay toda una serie de registros psicológicos. Negación, tristeza, aceptación, son actitudes diversamente vividas según lo que ha sido la vida de cada uno, según los momentos de la enfermedad, con sus evoluciones, pisoteos, marcha atrás, preguntas que son el modo propio de decir su sufrimiento cada uno, de hacer frente a las crisis existenciales que conlleva el sufrimiento en la enfermedad.

Es muy importante que seamos cuidadosos en *comprender lo que nos dice un enfermo que sufre* en su cólera, sus lágrimas, su esperanza o su abandono. Y hay que tener también en cuenta que, debajo de todos estos sentimientos, la angustia es omnipresente pero también lo es la capacidad de esperar; un reinvestimiento de la vida está siempre presto a resurgir en los límites objetivo que la enfermedad impone.

La negación

Ciertas personas hacen frente a los acontecimientos difíciles que les acaecen por la existencia o la enfermedad. Tienen la capacidad de vivir con su angustia. Pero uno se da cuenta que, en ciertos momentos, cuando lo que se vive es muy difícil de mirar de frente, adoptan el mecanismo defensivo de la negación; es decir, que niegan, arrancan, domestican la dureza de lo que tienen que vivir. Adoptar la negación, no enfrentar las cosas, ocultar la realidad de lo que sucede puede ser simplemente un mecanismo de defensa contra una angustia que amenaza con la destrucción. Actitud inconsciente, no voluntaria, que permitirá acaso volver a encontrar a continuación una actitud de lucidez, cuando la angustia no sea ya destructiva.

La rebelión

Pero, poco a poco, cuando el mal sigue y el sufrimiento persiste; cuando el mecanismo negativo no sirve para nada, se puede uno encontrar con la rebelión que se expresa directamente: «¿Por qué? ¿Por qué a mí? Yo no he merecido esto».

Esta rebelión puede estar dirigida contra la enfermedad, el destino, la mala suerte o Dios.

Esta protesta puede volverse agresiva contra el ambiente, contra los sanos y, en particular, contra aquellos que quieren ayudar y están cerca. Algunas familias, confrontadas a esta agresividad, la sienten como totalmente injusta.

Esta agresividad puede dirigirse contra el personal médico: ¿Por qué tienen derecho a trabajar? ¿derecho a vivir? ¿Por qué soy yo el que está en la cama? ¿No les oí reír a las enfermeras en el control? ¡Es un verdadero escándalo, en un servicio como este!

Expresada en reivindicaciones o en acusaciones o por un descontento general, esta agresividad —nada grata para los que rodean al enfermo— es a menudo una especie de llamada a la ayuda, una manifestación indirecta de la angustia, un modo de expresar su sufrimiento, pero también, en lo profundo, una manera de expresar su rebelión: se agrede a lo que está al alcance de la mano ante los golpes de un destino que no se puede apresar. Difícil de vivir por cuidadores y familia, la agresividad forma parte integrante de toda elaboración del sufrimiento en la enfermedad y manifiesta cuán insoportable es aquello a lo que uno se debe de confrontar.

La tristeza

El envejecimiento, la enfermedad, el sufrimiento, el acercamiento a la muerte son experiencias de separación. Pues bien, todo lo que significa ruptura entraña tristeza. Debemos renunciar para acceder a una perspectiva distinta de cómo imaginamos la vida. Uno se siente cortado de sí y de los otros, privado de lo imaginario y del deseo que nos seducen, y lloramos por todo lo que es preciso perder.

La necesaria travesía de la tristeza forma parte del proceso que da acceso a otra imagen de sí, a una nueva adaptación a la existencia. Llorar no es necesariamente abandonarse: *dejar manifestar la tristeza puede permitir al enfermo no permanecer completamente orillado*. Es, pues, importante que sea atendido y no reprimido.

Necesidad de control

Nos podemos encontrar con un sentimiento a menudo difícil de soportar y difícil de nombrar incluso, el «sentimiento obsesivo». El personal médico se siente a menudo perseguido por este comportamiento de los enfermos: tienen la impresión de no haber accedido a su confianza. Este comportamiento trata de controlarlo todo, verificarlo todo. Se manifiesta como una exigencia de todos los instantes y de todos los detalles, una puesta en duda, una crítica permanente. El enfermo se convierte en la bestia negra de los cuidadores, el terror de las enfermeras. La relación con él no es grata.

Para el enfermo, se trata de dominar una angustia fundamental que se traduce en ansiedad balbuciente en todos los momentos. Los enfermos dicen a menudo que no «lo hacen adrede». Si se sienten embarcados en esta actitud, es porque quieren (o querían) conservar aún un poder sobre su vida: controlar los medicamentos, guardar un derecho a la palabra sobre lo que se le hace y la manera cómo se les cuida, supervisar para no perder la menor oportunidad de salir de la situación.

Un enfermo lo expresaba de este modo: «Se que tengo 50 % de posibilidades de vivir y 50 % de morir... ¿Qué quiere usted

que haga en esta cama? No me puedo permitir prever el porvenir..., pero si tengo 50 % de oportunidades para vivir, no puedo perderlas. Por tanto, si una mujer de la limpieza deja el trapo del polvo bajo la cama, me digo: no tienes defensas, no tienes glóbulos blancos, y no puedes permitirte... Si una auxiliar no se ha puesto el gorro sobre su pelo, se lo haré notar porque, también esto, es un riesgo para mí. Si a una aprendiz de enfermera se le escapan mis venas, no lo consiento, el capital venoso es fundamental para mi enfermedad...». Este enfermo desmontaba todas sus posibilidades. Los enfermos imponen estos comportamientos a todos los que le rodean.

La regresión

Este otro comportamiento, difícil de soportar por las familias y el equipo médico, se puede llamar regresión. El enfermo, enfrentado a lo que es más duro para él, busca refugio en una regresión momentánea mediante la cual se abandona totalmente en los que le rodean, rechazando todo lo que se refiere al *comportamiento adulto*.

Estas regresiones, que pueden llegar incluso hasta comportamientos de bebé, son *un modo de integrar una experiencia momentánea muy destructiva* para el enfermo. Poder vivir esta marcha atrás le permitirá abordar la situación presente con otros mecanismos de adaptación más satisfactorios.

Se encuentran enfermos que piden ser cuidados con una relación de madre a hijo. Los cuidadores reaccionan: «para nosotros es insoportable...», después se dicen: «Nosotros, en la misma situación ¿no haríamos lo mismo? Nuestra educación que nos impide abandonarnos, a ser adulto, no nos permite ser acogedores a esta actitud...». Y aparece un gran miedo de que el enfermo se encierre completamente en la regresión y no encuentre más, en caso de que cure, su autonomía del adulto. El comportamiento regresivo es, a menudo, angustiante para los que le rodean.

El repliegue sobre sí mismo

Cuando se impone al enfermo la imagen del debilitamiento y de la degradación, para algunos el deseo puede desvestirse. El enfermo corta poco a poco sus amarras, desenviste las cosas y las personas, lo que es muy frustrante para los que le rodean. Es una cierta preparación, a menudo vaciada de sentimientos, de miedo y de angustia, vacía de nostalgia, y que permite a algunos abordar la etapa final de la muerte sin sufrimiento consciente. Algunas personas que han rozado la muerte muy cerca lo dicen: «No lo quería. Se había instalado en mí. Si sobreviniera la muerte, podía partir, no tenía necesidad de nadie, no sentía nada, veía pasar la imágenes de mi vida pero no era yo, estaba presto a partir, sin dolor».

Otros están inmersos en sus sufrimientos con pasividad y repliegue sobre sí. Su acompañamiento proporciona un sentimiento de impotencia. Tienen necesidad de alguien próximo, pero es muy difícil ver a alguien deslizarse en la desesperación.

“ En años recientes empieza a ser posible hablar de la inminente conquista del dolor ”

“ La confrontación con la experiencia del sufrimiento entraña un cambio radical en la relación con el tiempo ”



«Los médicos no deben actuar como meros técnicos del cuerpo sino que también deben arriesgarse a ingresar en la vida emocional y espiritual de sus pacientes.»

La aceptación

¿Cuál es esta aceptación? Los enfermos afirman que no es nunca una aceptación gozosa, pero que sin embargo da lugar a la esperanza —la esperanza de un último milagro incluso en los más creyentes, incluso en los más lúcidos. La esperanza de un milagro entra por la más pequeña rendija. Aceptar, no es tomar la cabeza entre las manos y esperar... es *un ir y volver incesante entre lucidez y esperanza*, que puede expresarse en la misma conversación, el mismo día. Aceptación del dolor y del sufrimiento, y aceptación de la vida al mismo tiempo. Actitud desconcertante para los sanitarios.

«Estoy en una cresta límite; no hay que caer ni a izquierda ni a derecha de esta línea. A izquierda, sería estar desesperado delante de la muerte próxima; a la derecha, sería decirme que voy a salir de esto. Permanecer en la línea de cresta, es saber que voy a morir e intentar vivir cada instante intensa-

“ Deberíamos plantear el dolor más allá de la alternativa médica actual; el dolor no es un enigma sino un misterio ”

“ Es importante recordar que cada persona vive a su manera el sufrimiento ”

mente, como un regalo, ser aún capaz de proyectos». Lo que expresa este enfermo, es una realidad hecha a la vez de vida y de muerte. ¿No sería esta realidad la misma que la nuestra? ¿Por qué el que pasa por un gran sufrimiento en la enfermedad tiene que ser privado de la apertura hacia el porvenir de la que nosotros tenemos tanta necesidad?

Algunas personas toman conciencia de la precariedad de la vida y, en ocasiones, conciencia tan fuerte de sus deseos, del tiempo perdido, de lo esencial y de lo secundario. Algunos conocen una bulimia, una sed de vivir que puede trastornar el ambiente. «¡No tengo nada que perder!». Entonces se

levantan las barreras y los miedos; algunas elecciones, comportamientos inesperados pueden nacer de esta toma de conciencia. Los que rodean al enfermo no comprenden siempre.

Lo importante es recordar que cada persona vive a su manera el sufrimiento. Cada persona lucha contra la angustia con mecanismos y defensas que le son propias y que importa no impedir. Las capacidades de esperanza son, a veces, admirables por el modo cómo resurgen de los remolinos más violentos y de las situaciones más desesperadas. Es necesario *respetar y comprender*.

La pérdida de la imagen de sí

Para la persona gravemente enferma, existe un sufrimiento muy importante: la relación a su cuerpo se trastorna, en su intimidad y también en el modo cómo va a ser vivido su cuerpo, investido, resentido por los otros. Esta realidad física puede llegar a ser inaceptable, angustiada, extraña y engendrar un sentimiento de ruptura consigo mismo y con los otros. «No he conseguido reparar mi barco, hace aguas por todas partes», decía un hombre que rechazaba recibir a su familia. No podía tolerar la imagen que él tenía de sí mismo y no quería que los suyos guardaran una tal imagen.

El miedo a «perder la cabeza»

Otro de los grandes miedos en la enfermedad grave —que conllevan un gran sufrimiento— es el de perder la cabeza, perder el control de sí mismo y de sus funciones, en relación a sí mismo y a los demás. Muchos enfermos se quejan de no poder desplazarse o cerrar una ventana o comer solos. En esto, hay un gran sufrimiento. Por tanto, si la persona quiere poder reconstruirse, no puede hacer el *impass* sobre el enfrentamiento necesario de este abismo.

La vivencia del tiempo

La confrontación con la experiencia del sufrimiento, a corto o a largo plazo, entraña un cambio radical en la relación con

el tiempo. Puede ser, para algunos, la vivencia insoportable y sin salida del dolor que invade todo el campo de la conciencia, todo el campo de la existencia y que lo vacía de su sentido, de su duración y de su porvenir. Cuando invade, el dolor crea una relación insoportable con el tiempo. El hecho de que el tiempo sea limitado, además, es vivido muchas veces con una verdadera castración, el signo propio de sus límites.

El no-saber sobre el futuro, el deslizamiento de la vida sin ningún registro seguro parece a algunos un fardo mucho más pesado que el mismo sufrimiento, lo que les lleva o a negar la enfermedad o a abandonarse en la desesperación, incapaces de vivir el tiempo que queda («es insoportable pensar que voy a desaparecer en la nada»). Más al contrario —y para muchos— esta toma de conciencia de la precariedad, más que sufrimiento, puede proporcionar peso y sentido al presente, volver a dar ansias de vivir: «¿Qué quiero hacer con este tiempo ahora limitado para mí?».

Las relaciones con los otros

La familia sufre de estar en relación con alguien que no es exactamente el que se había amado, alguien convertido en otro que solicitan relaciones que evolucionan de diferente modo. Justamente a nivel de las relaciones cambian las cosas alrededor de la persona que sufre en la enfermedad, y es para ella una dificultad complementaria: aparecen otras necesidades, las antiguas se exacerban.

Los cambios del rol conducen a arreglos en la relación con el cónyuge, la familia y la sociedad. No es fácil de aceptar, por ejemplo, ser asistido por su cónyuge después de haber sido el pivote de la pareja. No es fácil aceptar ser maternado por su propia hija.

Los enfermos pueden presentar una avidez relacional regresiva, un abrasamiento del deseo que el ambiente no puede entender ni colmar siempre. Esta pérdida a nivel relacional no significa que no haya reinvestimento sino que existe *la necesidad de abandonar una manera de ser para acceder a otra*.

La cuestión del sentido

La ruptura de la imagen corporal, la emergencia de la angustia, el cambio en las relaciones, una nueva relación con el tiempo pueden trastornar todos los registros y aparecer como un no-sentido completo. El cuestionamiento sobre el sentido de la experiencia dolorosa abre un *cuestionamiento sobre la misma vida*. Este cuestionamiento espiritual parece ser que emerge en cualquier cultura cuando una persona tiene que afrontar un gran sufrimiento. Este cuestionamiento es prioritario pero difícil: es la tarea de permitirle vivir aún al precio de nuevas adaptaciones, según lo que le permita su cuerpo, su salud, su energía y su deseo.

Una mujer joven de 25 años operada hace dos años de un sarcoma en la pierna, deportista, madre de un niño, estaba desesperada en el momento del diagnóstico de su enfermedad y muy agresiva frente a los sanitarios. Después del tratamiento, ha sido necesario que ella pierda su pierna y ha vivido por ello un duelo difícil en relación al ocio y actividades que ella ya no podría hacer. Travesía difícil, con quimioterapias disminuyendo aún más sus fuerzas. Poco a poco, ella ha emergido de su desesperación, ha deseado de nuevo: ha hecho *ski* de fondo, reemprendido la bicicleta, natación, ha construido un chalet en la montaña. Un año de dicha y felicidad con sus

hijos y su marido. Después ha recaído con ganglios a nivel del pulmón. Nuevo desespero, nueva recaída: ha cuidado su régimen alimenticio y sus relaciones consigo misma y con los demás y se ha vuelto a encontrar con una nueva calidad de vida. Ha ceptado paseos más modestos. Nueva recaída a nivel de los bronquios que se han obstruido. Cuando han sido afectados los pulmones, ha dicho: «No es posible. Es verdaderamente mi órgano vital el afectado. No puedo vivir así». Pero, a continuación, ha ido mejor, ha vivido mucho tiempo en la naturaleza, cuidadosa de su equilibrio de vida. Una recaída le ha obligado a desplazarse en silla de ruedas. Situación difícil. Después la silla de ruedas ha sido su aliada para pasearse por el apartamento, cocinar para su hijo, tocar el piano, salir con su marido que le llevaba en coche. A partir de este momento, se ha lanzado en una búsqueda de orden espiritual...

Este recorrido es difícil; sin descanso, la lucidez y la esperanza se bordean. Esta mujer conoce momentos de paso al vacío, de duelo difícil a hacer; después, cada vez, se reinvieste en la vida, reinvieste su deseo. Hace dos años, no hubiera aceptado nunca la vida que hoy lleva, pero conserva todavía facultades de adaptación a esta vida, facultades de encontrar en ella un sentido, el placer, una realización de sí misma. *El trabajo de duelo es una sucesión de renunciaciones y reinvestimientos*. Como dice el doctor Parkes, no hay más que el miedo a la muerte, pero también a aquellas alteraciones en todos los niveles que este fin de la vida nos obliga a integrar. Es preciso vivir con y a pesar de todo esto.

Este mismo trabajo, lo encontramos también nosotros en nuestra propia vida, cada vez que esta vida nos obliga a reconsiderar nuestras expectativas, nuestros deseos en relación con nosotros mismos, con los otros, con el mundo y con la vida. La ruptura de una amistad, el fin de una pareja, una pérdida física, la muerte de un próximo, la pérdida de nuestras raíces o de nuestros roles sociales o de un ideal nos dan el sentimiento de que nuestra propia vida pierde sentido; pero, hecha esta travesía, descubrimos que nuestra vida se esclarece de otra manera y podemos reinvestir el deseo y el placer en una vida que se ha convertido en otra.

El acompañamiento

Lo importante es recordar que cada persona vive a su manera el sufrimiento; que lucha contra la angustia con mecanismos y defensas que le son propios y que interesa no romper. Las capacidades de esperanza son, en ocasiones, admirables por el modo como resurgen de los remolinos más violentos y de las situaciones más desesperadas. Es necesario *respetar y comprender*.

Otra cosa importante: *la escucha de los sentimientos*. Entre los que cuidan la salud, las familias o los voluntarios nos encontramos con frecuencia con una especie de prohibición para la expresión de los sentimientos, un miedo de escuchar su violencia, un temor de que al dejar a alguien expresar el fondo de su tristeza no le lleve aún más al sufrimiento. «¡Sé adulto! ¡No te abandones!». Es cierto que todos estos sentimientos hacen de caja de resonancia en nosotros y nos hacen sufrir —lo que explica sin duda que no le dejemos manifestarse—, pero es bueno permitir a la persona que sufre el compartir lo que siente, decirlo, abrirle una puerta para evacuar cualquier cosa difícil y permitirle, tal vez, situarse en otro registro, adaptarse a su situación más humana para él.

“ La medicina sola no puede resolver todas las preguntas que plantea el dolor ”

“ Acompañar es saber que se puede hacer algo en lo peor de los sufrimientos mediante la presencia, la escucha, pero también es aceptar la parte de inacabado ”

Si algunas personas, al pasar por el túnel del sufrimiento, aprovechan la ocasión para profundizar en su vida, otras no lo hacen. Es como la vida y la muerte, no se controla, y no hay modelos. No existen ideales de vivir, modos ideales de morir.

El *acompañamiento* de los enfermos que atraviesan este sufrimiento pide el ser solidarios del otro respetando la parte de soledad de todo hombre en su vida —y también la nuestra—. Acompañar a alguien no es vivir en su lugar. Acompañar, es saber que se puede hacer algo en lo peor de los sufrimientos mediante la presencia, la escucha; pero también es *aceptar la parte de inacabado*, de imperfección, de insatisfacción de nuestras esperas sin ser destruidos por ello, ni vivirlo como un fracaso personal.

Esto supone, para ser capaz de escuchar, lugares de reflexión, tiempo y medios, para poder asimilar lo que cada uno de nosotros somos. Percibir los valores de nuestra vida, reflexionar en nuestra percepción de la enfermedad, de su sentido, del miedo que levanta, aceptar nuestra angustia, nuestras defensas. Todo ello es necesario para no inducir nuestras soluciones o sentimientos en la relación con el enfermo que acompañamos.

Es necesario saber también que esta escucha hará brillar en nosotros una gran intensidad de sentimientos. Escuchar, acompañar nos aboca al sufrimiento. Pero lo que es vivido ahí es, tal vez, lo más fundamental de todo proyecto de cuidado y de todo acompañamiento: el encuentro de dos personas reales.

El interrogante del enfermo puede poner en duda nuestros equilibrios adquiridos, manifestar el problema del sentido. Muchos de los que cuidan a los enfermos manifiestan el beneficio de semejante experiencia. En este nivel de intercambio, enfermo y cuidador están cogidos *uno y el otro* en la toma de conciencia de su condición de hombres que tienen que morir.

«Ante la imposibilidad en que estamos de franquear los límites de nuestra prisión llamamos en la esperanza de que otro venga a nuestro encuentro. No negar el sufrimiento de alguien, es tal vez acompañarle más allá de toda imagen sobre el camino donde la alegría de existir puede manifestarse todavía. Escuchar a alguien que sufre, hablarle de otro lugar que el de su imagen desgarrada o desaparecida. Testimoniar en el silencio y el respeto que el deseo que percibimos en él es aún y siempre el del hombre, el nuestro, es aprender del no-saber en el que está anclado y que es mucho más que lo que sabemos de él y de nosotros» (D. Vasse).

COMO VIVIR SANAMENTE EL SUFRIMIENTO EN LA ENFERMEDAD

No hay la menor duda de que vamos a fracasar como cultura si continuamos negando o ignorando el dolor como si

lo pudiéramos silenciar bajo una montaña de píldoras. Eso no resulta, es evidente. Ni tampoco podemos seguir confiando ciegamente en un anticuado modelo orgánico que, a su manera, es tan limitado como la teoría que atribuye el dolor a las flechas de los dioses. Somos algo más que nódulos de neuronas. Debemos recuperar el sentido de la importancia de la mente y de la cultura en la comprensión del sufrimiento a fin de no reducirlo a las dimensiones de un mero problema físico para el cual, si sólo hallamos la píldora adecuada, hay siempre una solución médica.

El placer llega y se marcha, a veces en un sólo instante; pero el dolor tiene el poder suficiente para quedarse. La medicina sola no puede resolver todas las preguntas que plantea el dolor. El error está en pedir a los médicos que asuman el peso completo de una situación que trasciende con mucho los límites de la práctica de la medicina. El dolor, debe convertirse en algo con lo cual, y mediante lo cual, aprendamos a pensar por nosotros mismos. Verdaderamente no tenemos otra opción: si no conseguimos repensar el dolor, tenemos que aceptar, automáticamente, la agotada concepción cultural hoy vigente, que sólo nos agrava el tormento. La oportunidad para un decisivo desplazamiento de nuestra relación con el dolor está al alcance. De hecho, el pensamiento nuevo que tenemos cerca —cuando aprendemos lo que el dolor nos puede enseñar y cuando apliquemos lo que aprendamos al campo del cambio cultural— nos puede conducir a un futuro digno del dolor que cuesta creer.

La noción de un dolor postmoderno no sólo implica el riesgo de una azarosa proliferación de significados. Implica, también, que podemos trabajar para cambiar los entendimientos del sufrimiento que predominan en nuestra cultura. Felizmente, hay unos pocos filósofos que están retornando al tema después de la larga época analítica en la cual la filosofía contempló el dolor principalmente como un ejemplo mental y en los interminables argumentos acerca del lenguaje privado.

Los caminos de la salud en la experiencia sufriente

Aprender a pensar con dolor

«*Aprende a pensar con dolor*»: estas palabras aparecen en *La Escritura del Desastre*, un libro de meditaciones sobre el Holocausto, de Maurice Blanchot. Es una afirmación con múltiples significados. En el dolor debemos aprender a pensar, de todos modos. Debemos aprender a usar el dolor en nuestro pensamiento. El pensar se ha aprendido, o ha nacido, a partir del dolor. La deliberada proliferación de significados de la afirmación de Blanchot constituye una especie de metáfora que describe el futuro del dolor. Sugiere que un tratamiento exitoso del dolor crónico va a requerir de una medicina que intente trabajar dentro —y no en contra o a pesar de— el sistema individual de creencia de cada paciente individual. A veces, cuando el sistema de creencias sea un simple reflejo de los arraigados errores de la medicina del siglo XIX, la primera tarea de los médicos puede consistir en reeducar a los pacientes acerca de la naturaleza del dolor.

La dimensión ética del sufrimiento

Emmanuel Levinas propuso en su estudio *El sufrimiento inútil* un modo de comprensión que empieza con la premisa de que el dolor es radicalmente negativo, absurdo y maligno. Pero deja un camino: el dolor individual se podría transfor-

mar. El sufrimiento, propone, abre la dimensión ética de lo *inter-humano*. Mi propio dolor inútil cambia de significado si se convierte en ocasión de una respuesta empática, incluso sufriente. A esto llama Levinas sufrimiento por el sufrimiento de otro. «Instalado en una conciencia aislada, el dolor del sufrimiento puede adquirir el significado de un dolor que merece y espera recompensa, y perder así, al parecer, de distintos modos, su inutilidad».

Albert Schweitzer es quien quizás mejor describe, en su autobiografía, la perspectiva ética (*inter-humana*) que propone recobrar Levinas:

«Cualquiera que por experiencia personal haya aprendido lo que son el dolor y la angustia puede ayudar a que otros que sienten necesidad física obtengan el auxilio que él mismo ha conseguido. Ya no se pertenece a sí mismo: es hermano de todos los que sufren. El deber del trabajo médico está en la "Hermandad de los que llevan la marca del dolor..."».

Hacerse cargo del propio sufrimiento

El dolor postmoderno será, seguramente, uno del cual el paciente mismo se hará cargo. Hacerse cargo no supone rechazar una buena ayuda médica. Tampoco supone que por ello estamos siendo responsables de nuestro dolor en el sentido de que lo hemos causado deliberada o involuntariamente. El origen del sufrimiento en la enfermedad suele ser un asunto muy confuso. Cuando el dolor se ha instalado en la psique durante seis o más meses ya no es, de ningún modo, el mismo dolor del principio. Esos seis meses de dolor incesante nos cambian inevitablemente. Aprendemos nuevas pautas de conducta, de pensamiento y de sentimiento. Mucha gente cree que este nuevo aprendizaje supone una descorazonadora educación acerca de las dificultades para conseguir alivio médico eficaz del sufrimiento. Y éste es el punto crucial de hacerse cargo personalmente del dolor. Muy bien puede suceder que el alivio o la mejoría vendrán solamente cuando nos hagamos responsables de cambiar pautas de vida y de pensamiento que han demostrado ser insalubres o destructivas. El sufrimiento es una verdadero imán para todo problema no resuelto. Quizás debemos resolver el problema antes de ocuparnos de que desaparezca el dolor.

Asumir responsablemente la búsqueda del significado del sufrimiento

Hacerse cargo del dolor personal también puede incluir el asumir responsablemente la búsqueda de su significado. Nuestra cultura nos ha impulsado durante más de un siglo a abandonar esta carga. Y sin duda resulta pesado enfrentar, casi desde cero, el tema de cómo vamos a entender y soportar nuestro dolor. El punto es, sin embargo, que (y aunque no pensemos en ello) ya entendemos nuestro dolor dentro del modelo orgánico que hemos heredado de la medicina del siglo XIX. La exigencia de comprender el dolor puede resultar urgente, en muchos casos, sólo cuando falla esa explicación biomédica oficial que sanciona nuestra cultura. En ese momento, quizás el mejor modo de hacerse cargo del dolor sea escuchar aquellas voces que la medicina ha conseguido borrar de nuestra cultura o por lo menos atenuar hasta hacerlas casi inaudibles. Esas voces subyugadas —en realidad audibles si nos damos la molestia de escuchar— estarán diciendo de muchas maneras que el modo como experimentamos el dolor está comple-

tamente relacionado con el modo como lo comprendemos.

Victor Frankl tuvo el coraje suficiente para dirigirse a la comunidad médico-científica con un texto que lleva el título *El Médico y el Alma*. En él, el significado es la clave del relato de Frankl de su prolongada experiencia con el dolor.

Durante tres años Frankl pasó los días en un campo de concentración, en durísimo trabajo sin pausas, casi muerto de hambre, debilitado por enfermedades, en condiciones tan extremas que infinidad de prisioneros morían regularmente de agotamiento y a veces incluso a base de golpes. El dolor no era un intruso súbito y ocasional, sino el medio ambiente mismo en que vivió casi cada minuto de ese confinamiento de tres años.

“Lo vivido en todo proyecto de cuidado y todo acompañamiento es el encuentro de dos personas reales”

“Debemos recuperar el sentido de la importancia de la mente y de la cultura en la comprensión del sufrimiento a fin de no reducirlo a un mero problema físico”

Éste es el fragmento de la descripción que hace Frankl de las jornadas de diez horas diarias que pasó trabajando en la reparación de carreteras, soportando sin guantes temperaturas bajo cero y sostenido por una sola comida diaria: una sopa con poco más que agua:

«Sufría de edemas como casi todos los internos. Tenía tan hinchadas las piernas y tan tirante la piel que casi no podía doblar las rodillas. No podía atarme los zapatos para que me cupieran en los pies hinchados. Si los hubiera tenido, no me habría podido poner los calcetines. Así que los pies casi desnudos estaban siempre mojados y los zapatos llenos de nieve. Esto causaba, es obvio, congelamientos. Cada paso que dábamos era una verdadera tortura. Sobre los zapatos se nos formaban placas de hielo durante las caminatas por esas tierras cubiertas de nieve. Los hombres se resbalaban y caían y los que venían atrás pasaban sobre ellos. La columna se detenía entonces un momento, no mucho. Uno de los guardias entraba en acción y a golpes de fusil obligaba a levantarse a los caídos».

Aún pero, recuerda Frankl, era el sufrimiento anexo de soportar insultos, humillaciones e injusticias día tras día. Es difícil imaginar una intimidación mayor con el sufrimiento y el dolor.

EL SIGNIFICADO DEL SUFRIMIENTO ES PERSONAL Y PLURAL. En primer lugar, el significado es para Frankl siempre personal y plural: no hay una fuente única, universal, de sentido. El significado que descubrimos en nuestra vida difiere de persona en persona. Los significados que un individuo crea o descubre pueden variar de situación en situación, o sencillamente cambiar a medida que se envejece. Frankl no se cansa nunca de repetir que el significado se debe descubrir, que no es algo dado, que no es un dato, y destaca que la búsqueda es más importante que el hallazgo. Puede que nunca se encuentre lo que se busca. Sin embargo, si se bloquea o niega la búsqueda de significado se aniquila la voluntad de vivir.

EL SIGNIFICADO DEL SUFRIMIENTO INTERPELA NUESTRA LIBERTAD. En segundo lugar, el impulso tras el significado depende en última instancia de nuestra irreductible libertad. Es cierto que nunca somos enteramente libres, pues las limitaciones sociales y biológicas nos constriñen siempre. Pero Frankl cree que no existe restricción de tipo social o biológico que sea tan poderosa que pueda superar nuestra libertad de adoptar una posición: nuestra libertad para, por lo menos, escoger qué *actitud* adoptamos ante el sufrimiento.

EL SUFRIMIENTO INEVITABLE COMO COMPORTAMIENTO. Frankl reconoce que debemos evitar el dolor mientras nos sea posible. ¿Y qué hacer con el dolor que no podemos evitar? Los analgésicos no sirven entonces y la curación es una esperanza pasada; el dolor es sencillamente inevitable: enfrenta a los pacientes como un hecho brutal.

La respuesta de Frankl a ese dolor sin esperanza surge una vez más de su experiencia en los campos de la muerte. Allí descubrió que el significado no sólo consiste en afirmaciones sino también en acciones. «Debemos dejar de preguntarnos por el significado del dolor y pensar, en cambio, en nosotros mismos como en quienes estamos siendo interrogados por la vida, diariamente, hora tras hora. Nuestra respuesta no debe consistir en palabras y meditación, sino en la conducta y la acción adecuadas y correctas. La vida significa en última instancia asumir la responsabilidad de hallar la respuesta correcta a sus problemas y en cumplir las tareas que propone a cada uno de nosotros».

La respuesta a la pregunta que plantea el dolor inevitable supone que las crisis nos enfrentarán con la necesidad de actuar y que nuestra acción, si es correcta, manifestará niveles más profundos de nuestras creencias, creencias que ni siquiera sabíamos que poseyéramos ni que fuéramos capaces de traducir en palabras.

El acompañamiento en el sufrimiento

El acompañamiento como diálogo inter-personal

Las reticencias —incluso la de los cristianos— a la idealización de una omnipotencia individual que podría afirmarse en la gestión de un sufrir aceptable, de un poder de decidir en él, encuentran su fuente en este sentimiento difícilmente expresable y *explicable*: que valorizar el papel del *sujeto sufre* contribuye a escamotear la cuestión de un *lugar a mantener*, de una presencia cerca del que sufre.

La demanda de modos subjetivos de sufrimiento equivale a la expresión de un rechazo: *el rechazo de convertirse en objeto de una tecnicidad médica*.

El acompañamiento supone que se pueda ir «hasta el final». Supone que nosotros reconozcamos el sufrimiento como límite que nos significa el otro que sufre. El otro es —a me-

“Hacerse cargo del dolor personal también puede incluir el asumir responsablemente la búsqueda de su significado”

“Estar en y encontrarse en presencia es lo que constituye la marca de una responsabilidad humana”

nos que no lo reduzca a un *alter ego*— el límite a mi omnipotencia.

No se trata de «estar en lugar de». A la omnipotencia de la *ayuda* se opone el límite del acompañamiento. En lugar de la toma de postura, se impone más bien la retirada. En lugar de la fusión, del «sufrir con» que puede rápidamente convertirse en un «sufrir por» y en un «sufrir en lugar de», se trata del *reconocimiento del otro como otro*.

En lugar del fin de un cuerpo-máquina individual, se presenta entonces la cuestión de la escena del sufrimiento: de una escena ya no dual, sino comunitaria (10). Escena comunitaria, de entrada, porque, mucho más profundamente, ella se sitúa *en presencia de lo que no se domina*.

La angustia de ciertos cuidadores de encontrarse *arrastrados* en el sufrimiento del enfermo, es bien conocida. Ella no es una falsa impresión. Tomada en una relación dual (odiada o/y amada), el que cuida puede encontrarse embrollado en una relación confusional, altamente mortífera.

La presencia de un tercero, de una persona a quien hablar de lo que sucede, permite *desdualizar* la relación con aquel que sufre. El tercero (individual, grupal, simbólico) permite una localización en una cultura en la cual no se sabría minimizar su importancia. «Estar en» y encontrarse «en presencia», he aquí, en relación al sufrimiento y al que sufre, lo que constituye la marca de una responsabilidad humana.

El acompañamiento como presencia en la vida emocional y espiritual de los que sufren

La experiencia de Frankl lo llevó a establecer una relación poco habitual con sus pacientes. Escribe, con toda franqueza, acerca de lo que denomina el «sacerdocio médico». Con ello se refiere a que los médicos no deben actuar como meros técnicos del cuerpo, sino que también deben arriesgarse a ingresar en la vida emocional y espiritual de sus pacientes. Si se atreven a cruzar esos límites, los médicos consiguen el máximo de visión e intuición y pueden prestar un máximo de ayuda. Los hospitales de la actualidad, por supuesto, dividen nítidamente las funciones del médico y del capellán, los sitúan en despachos distintos, como si hiciera falta una estructura burocrática precisa para deslindar cuerpo y espíritu. Pero esta separación, que se mantiene en nombre de la ciencia, no le parecía inevitable al hombre a quien se suele considerar el padre de la revolución científica. Francis Bacon escribió en 1605:

«Estimo... que está muy claro que el oficio de médico no sólo consiste en restaurar la salud, sino también en mitigar los dolores y tormentos de las enfermedades; y no sólo cuando ese alivio del dolor —tal cual el alivio de un síntoma peligroso— conduce a la recuperación, sino también cuando, habiéndose disipado toda esperanza de recuperación, sólo sirve para que el paso a la otra vida resulte fácil y justo».

“Debemos aprender a usar el dolor en nuestro pensamiento”

“Puede suceder que el alivio o la mejora vendrán solamente cuando nos hagamos responsables de cambiar pautas de vida y de pensamiento”

CLAVES BÍBLICO-TEOLÓGICAS PARA VIVIR CRISTIANAMENTE EL SUFRIMIENTO

Francisco Álvarez
Religioso camilo

«Vere Tu es Deus absconditus» (Is 45, 15)

«Verdaderamente, Tú eres un Dios escondido». Con esta imagen bíblica, que siempre he considerado enormemente fecunda, deseo marcar de partida el clima y la trayectoria de mi reflexión.

Nuestro Dios, revelado en Cristo, no juega al escondite con sus hijos. Sin embargo quiere ser buscado. Se ha manifestado para ser buscado. Nos ha dado luz suficiente para no vivir ya en las tinieblas; pero la oscuridad es la suficiente como para que no nos deslumbre su luz.

Hay experiencias que parecen introducirnos en las tinieblas, mientras otras parecen llevarnos de lleno a la luz. Ni unas ni otras son sin embargo garantía cumplida de haber encontrado a Dios o de haber perdido definitivamente su rumbo. En ambas, el hombre sigue siendo buscador. Ambas apuntan, por tanto a la verdad del hombre: éste se hace buscando; y a la verdadera religión, que, como dice Pascal: es verdadera en la medida en que afirma que Dios sigue escondido.

Entre esas experiencias ocupa un lugar importante la del sufrimiento: experiencia de tiniebla, que puede —ahí está su paradoja— desembocar misteriosamente en la luz. El sufrimiento provoca y hiere la mente y el corazón. Pone en tela de juicio lo más nuclear de la experiencia religiosa: no la existencia de Dios, sino la existencia de un Dios bondadoso. Sufriendo, el hombre comprueba de algún modo que Dios tiene una forma un tanto extraña (para nosotros) de amar.

Quizás por esto cuesta creer, sobre todo en el amor de Dios. Cuesta porque existe en cada uno de nosotros un sentido innato de lo justo e injusto, que puede comprender e incluso desear el mal para los culpables, pero que se escandaliza ante el sufrimiento de los inocentes. Cuesta, porque vivimos en un mundo donde cada vez se reducen más los espacios para la gratuidad, y porque nuestro sentido de culpabilidad no se reconcilia fácilmente con un amor sin descuentos ni reproches. De ahí que, como afirma François Varillon, la pedagogía veterotestamentaria de Dios consiste fundamentalmente en llevar a su pueblo de la fe en un Ser todopoderoso a la fe en un Dios que es amor y sólo amor.

Ése es el atributo que los resume a todos. De ahí que la experiencia religiosa nos diga que a Dios nunca se le encuentra al final de nuestros razonamientos; si acaso lo encontraremos al final de nuestro compromiso, es decir de una relación afectiva, afectuosa con Él. La reflexión sobre el sufrimiento humano siempre me ha parecido indispensable, entre otras razones porque posee la estupenda virtualidad de conducirnos a una verdadera opción: un cristianismo embutido de dogmas, o un cristianismo cordial, que no quiere decir irracional o sentimental. Por esta segunda vía transita mi reflexión, algunos de cuyos contenidos quedan ya apuntados en esta introducción.

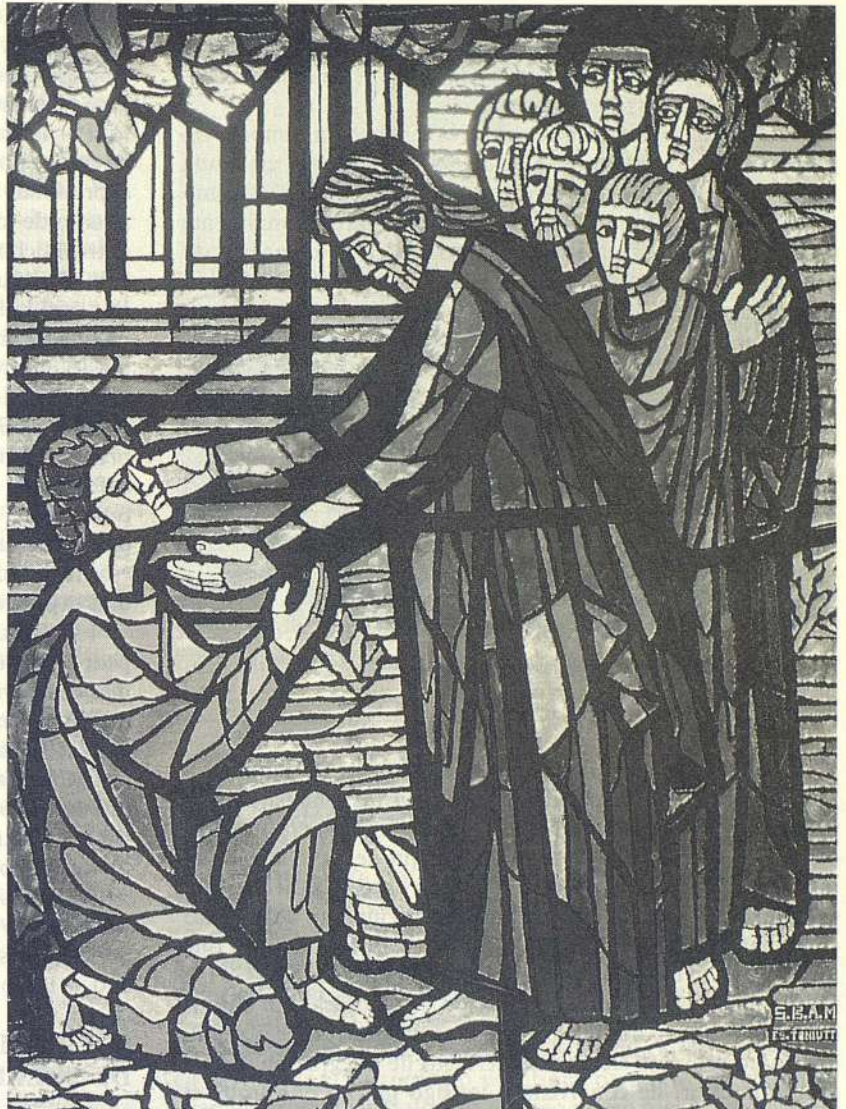
ALGUNAS PISTAS PARA UN LARGO ITINERARIO

Largo es el itinerario de la fe en la comprensión del misterio que nos ocupa. Así lo reconoce Juan Pablo II en la introducción del Salvifici Doloris tras citar Col 1, 24. Para que se entienda mejor el sentido de esta aportación, señalo brevemente algunos puntos de partida, que son, a la vez, conclusiones de mi itinerario personal.

- El sufrimiento, antes que un problema filosófico y teológico, es una *experiencia*, que remite a los núcleos de la identidad personal: *soledad y comunión*. No es, pues, como veremos, una experiencia cualquiera. Lo que está en juego, en definitiva, es una vez más, la comprensión del cristianismo y su misma validez: Dios vino a hacer posible el máximo de libertad y el máximo de comunión. ¿Cómo comprender esto desde el pozo del sufrimiento?
- Ninguna respuesta teórica es satisfactoria, afirmación que podríamos acompañar de múltiples testimonios. No se trata de abogar por una especie de neanalfabetismo teológico. A la insuficiencia de las respuestas teóricas sólo se puede llegar cuando uno está «cargado de razones», es decir, cuando, partiendo del sufrimiento propio y ajeno, nos dejamos afectar e interpelar, cuando podemos responder: ¿Por qué esa experiencia es así y no de otro modo? ¿Qué hay en el fondo de la misma, hacia dónde apunta?
- El sufrimiento no es para ser explicado, sino vivido y combatido por la vía de la soledad y del encuentro.
- El sufrimiento no tiene la última palabra. Es el desafío de la esperanza cristiana. Como afirmó Martín Descalzo, experto en dolores, «puede ser convertido por el hombre en vinagre o en vino generoso: Lo terrible es que la opción depende de cada uno». Si negáramos de entrada la posibilidad de intervenir significativa y cualitativamente sobre el sufrimiento, estaríamos condenando al fracaso una de las mayores energías humanas. Tanto despilfarro sería estremecedor. No en balde la afirmación de la libertad encuentra aquí, en el sufrimiento, su verdadera prueba y piedra de toque.

EL DOLOR EN CUANTO EXPERIENCIA

Esto es lo que hace realmente problemático al sufrimiento. Sufrir es ante todo *sentir*. Un sentir que es, a la vez, percepción, elaboración, interpretación y valoración. De ahí que la experiencia, sobre todo la del sufrimiento, sea el modo más completo de *conocer*. Sólo se conoce en la medida en que se le experimenta. Sólo quien ha sufrido sabe de verdad qué es el sufrimiento.



«Hoy en día no sólo estamos peor armados para el sufrimiento, sino que cada vez estamos más desprovistos de un lenguaje común para expresarlo».

Ante la imposibilidad material de desentrañar el contenido de esta experiencia, fijemos nuestra atención tan sólo en dos aspectos, determinantes para nuestra reflexión teológica pastoral.

El precio de los sentimientos

Los sentimientos imponen inexorablemente sus razones, a las que el teólogo y el pastor han de prestar una lúcida atención. No sirve escudarse detrás de la afirmación de que todo sufrimiento —sobre todo los provocados por la muerte y por la enfermedad— es deudor, en gran medida, de una elaboración cultural, variopinta y mudable según épocas y lugares.

El nuestro es siempre un sentir humano, condicionado y coloreado por la conciencia. «Sólo el hombre, sufriendo sabe que sufre y se pregunta por qué; y sufre de un modo humanamente más profundo si no encuentra una respuesta satisfactoria», afirma Juan Pablo II en la *Salvifici Doloris* (n.º 9). Conciencia y sentimiento se alían, en este caso, apuntando a uno de los agujeros del sufrimiento: Éste hiere con frecuen-

cia ese sentido innato, que habita en cada uno de nosotros, y que nos *dicta* lo que es debido e indebido. El sufrimiento sabe demasiadas veces a *injusticia* y *desproporción*. Algo dentro de nosotros nos sugiere: «Esto no te lo mereces», «esto es demasiado», «este sufrir repugna a la condición humana»...

Precisamente porque este modo de sentir ha de ser tomado en serio, sobre todo cuando estamos frente a quien se siente especialmente *agredido*, deberíamos ser más cautos cuando propugnamos, sin concesiones ni *descuentos* de ningún tipo, una experiencia religiosa y una concepción del cristianismo totalmente purificada de todo residuo *funcional*. No se puede llegar a la *gratuidad* si no es partiendo de esa vivencia, originaria y original en todo hombre, del sentido de la justicia que el sufrimiento pone tantas veces a prueba.

La experiencia del sufrimiento apunta también en otras direcciones. Se sufre porque, a veces por lo menos, sentimos algo como definitivamente *irremediable*, irreparable o irreversible. ¿Qué hay detrás de este sentir? También aquí sentimiento y conciencia concuerdan en recordarnos, siempre de modo concreto, que nuestra historia es inexorable con su pasado y que nuestro futuro está abocado a la muerte. Y desde ahí todo en

la vida —el amor, el progreso, la medicina...— se convierte en lucha contra la muerte. Cuando lo irreparable es presente o está todavía *caliente*, los sentimientos son sencillamente irreductibles, es imposible domesticarlos.

Son irreductibles porque, con frecuencia, son también *espesos*, es decir, se condensan de tal manera se erigen en la una única *razón* y no atienden a razones. Quien sufre así es como si descendiera al fondo del pozo o habitara provisionalmente en los sótanos de su casa. Las razones, en cambio, las buenas razones del teólogo y del pastor habitan tal vez en el último piso del rascacielos: Una verdadera prueba de fuego para comprobar hasta qué punto hemos entendido qué significa la Encarnación. Cristo vino a encontrarnos allí donde estábamos, en el sótano, donde nos duele, donde el hombre desea o siente sofocados sus deseos, donde vibra o está adormecido...

“ El sufrimiento es una *experiencia* que remite a los núcleos de la identidad personal: soledad y comunión ”

“ El sufrimiento es para ser vivido y combatido por la vía de la soledad y del encuentro ”

En el sufrimiento, finalmente, se experimenta también a menudo una cruel sensación de *acaparamiento*. Una parte atrae indebidamente la atención debida al todo; el cuerpo que se es, se convierte en algo que *se tiene* y que se torna obsesivo; otras veces pareciera como si el cuerpo entero cupiera en un estómago doloroso, o como si todo el sufrimiento del mundo se hubiera concentrado en la diminuta habitación en la que un ser querido está muriendo... ¿Por qué esta sensación? ¿Hay en ella algo más que una explicación psicológica? En el fondo, el sufrimiento humano es el que es porque rompe o atenta contra un proyecto siempre imperfecto de integración, de armonía interior, de convivencia consigo mismo, y porque el sufrir despierta con frecuencia —como veremos luego— la conciencia de nuestro carácter único: En un campo de concentración, donde todos sufren, nadie sufre en lugar del otro. No hay nada más propio que el propio sufrimiento.

¿Cómo buscarle un sentido al sufrimiento sin atender al valor y al precio de los sentimientos que provoca? ¿Podrá alguien, partiendo de ellos, elaborar un sistema razonable de respuestas teóricas? Y si hubiera que *sacrificar* algo ¿no sería preferible sacrificar alguna que otra buena razón? Puesto que se trata de vivir sanamente el sufrimiento —como el título atrevidamente sugiere—, entiendo que nuestros enfermos no se curan precisamente con razones sino con solidaridad.

Incomunicabilidad

He aquí otro rasgo de los múltiples rostros del sufrimiento: «experiencia inefable e incomunicable al mismo tiempo», dice la *Salvifici Doloris* (n.º 5). Nos asomamos aquí a la experiencia más común de la humanidad, según H. Nouwen: la de la *soledad*. Cuanto más respetuosos somos con el sufrimiento propio y ajeno, cuanto más tratamos de interiorizarlo, más nos percatamos de la dificultad de entrar en su mundo, de conectar con la singularidad de esa experiencia y de comunicarla.

Esta dificultad, constante a lo largo de la historia, se ha agravado en nuestros tiempos. De la mano de los cambios socioculturales se han producido dos fenómenos que tienen una gran incidencia en la vivencia individual y social del sufrimiento. Por un lado, la *expresión religiosa* del mismo, tan común en otras épocas, hoy ha perdido casi toda relevancia. Ciertas expresiones como resignación, soportación cristiana, ofrecimiento de los propios sufrimientos, parecen no tener cabida entre muchos cristianos de nuestros días. Sin embargo ese ha sido el lenguaje de la teología y de la pastoral durante siglos. Por otro lado, la sociedad de hoy, desde su comprensión técnico-científica de los acontecimientos humanos, no se conforma ya con respuestas de orden filosófico ni con consolaciones metafísicas; no pretende que le expliquen el sufrimiento o se lo sublimen: quiere respuestas resolutivas, que se lo supriman cuanto antes. De la mano de esta tecnificación del sufrimiento humano —fenómeno igualmente aplicable a la transmisión de la vida, y al *tratamiento* de la enfermedad y de la muerte— camina una progresiva *despersonalización* de esas realidades; lo cual ha debilitado enormemente su capacidad expresiva, es decir su humanización.

Hoy en día, por lo menos en occidente, no sólo estamos peor armados para el sufrimiento, sino que cada vez estamos más desprovistos de un *lenguaje común* para expresarlo, y para decirnos a nosotros mismos desde él.

Nace de ahí una dificultad añadida para el teólogo y el pastor: ¿Cómo *redimir* el sufrimiento de la incomunicabilidad impuesta? ¿Cómo hacer teología y cómo actuar pastoralmente sin un lenguaje más o menos común, que respete al mismo tiempo la soledad del sufriente y su necesidad de comunión?

De esto se trata, en definitiva: para vivir sanamente el sufrimiento propio y para actuar terapéuticamente sobre el ajeno, es preciso emprender un viaje que va siempre de la soledad a la comunión y de ésta a la soledad. Veamos cómo.

SUFRIMIENTO, EXPERIENCIA SALVÍFICA DE SOLEDAD

Una extraña epifanía de soledad

El sufrimiento es, por paradójico que parezca, una expresión de la soledad radical del hombre: soledad que puede ser vivida salvíficamente, a pesar de todo. Así lo acredita la experiencia de tantos sufrientes emblemáticos para el creyente.

Job, por ejemplo, es un enfermo de soledad. Yo suelo decir que su mayor desgracia y desgarró no radica en la pérdida total de sus bienes, sino en la terrible sensación de incompreensión, de soledad y de incomunicabilidad, sobre todo en relación con Dios. Ahora bien, el mismo encuentra en su soledad la vía de *salida* del drama que le aqueja.

El sufrimiento humano posee la extraña virtualidad de remitir al hombre precisamente a su condición de ser *uno y único*, y de serlo él solo. Todo hombre y toda mujer, por lo menos en algún momento de su vida, se descubrirán a sí mismos *enfermos* de una *soledad incurable*.

Este descubrimiento está íntimamente relacionado con las experiencias más hondas de indigencia y de plenitud: aquellas en las que, por defecto o por *exceso*, nos es dado vivirnos en profundidad. Pues bien, el sufrimiento es capaz, ante todo, de revelar la verdadera identidad del hombre. La experiencia nos dice a menudo que, sólo cuando sufrimos tenemos la oportunidad de saber quiénes somos. Concretando: sabemos que

amamos de verdad cuando nos hemos demostrado a nosotros mismos que somos capaces de sufrir por quien amamos. Por esa dirección camina la lapidaria afirmación de *Salvifici Doloris*: Cristo, «en la verdad de su sufrimiento nos reveló la verdad de su amor» (n.º 18).

El sufrimiento, además, es quizás la experiencia que mejor manifiesta el carácter *insustituible* de todo hombre. Todos hemos de enfrentarnos radicalmente a solas con las experiencias más importantes de la vida. Es la grandeza y *tragedia* de la condición humana. Nadie puede amar, creer, sufrir, morir... en mi lugar. Ni siquiera en la mayor comunión imaginable entre dos personas es posible suprimir totalmente la última porción de soledad. No se puede ni se debe. Una comunión semejante terminaría por anular.

Por eso, incluso cuando el sufrimiento es fundamentalmente agresión venida de fuera, nunca podrá ser tratado como algo *externo*. Es sufrimiento porque penetra, interpela desde dentro, y, también cuando es injusto, es memoria (terriblemente incómoda a veces) de que nadie puede hacerse a sí mismo sin la aceptación de su radical soledad.

No nos resulta, pues, difícil entender que el sufrimiento *apremia a la libertad*, exige un pronunciamiento. Ante él nadie puede permanecer, y normalmente nadie permanece, indiferente. La experiencia nos habla del inmenso abanico de reacciones. Todas comprometen o implican la libertad, también el mutismo que producen ciertos sufrimientos extremos (como afirma D. Sölle), también el aplastamiento que anonda... Todas remiten a la soledad de la que venimos hablando. Detrás de todas habita la conciencia, hoy cada vez más extendida, de que, en el sufrimiento, el hombre, además de preguntar, *se siente interrogado*. Las preguntas ya no se dirigen tanto a Dios cuanto al hombre. Hasta hay quienes ponen en duda la honestidad de pretender justificar a Dios o *mezclarle* en los sufrimientos humanos.

“ Sufrir es ante todo *sentir*; un sentir que a la vez es percepción, elaboración, interpretación y valoración ”

“ Sólo quien ha sufrido sabe de verdad qué es sufrimiento ”

Partiendo de esa soledad vamos a dar brevemente algunas claves teológico-pastorales que nos ayuden a vivirla salvífica y sanamente y que nos ayuden a ser agentes de salud desde la soledad respetada y compartida. Advierto que son claves, no recetas, y que, por tanto, su aplicación ha de personalizarse dentro de la inmensa variedad de sufrientes con los que nos relacionamos.

Claves para integrar la soledad y ser agentes de comunión al servicio de la soledad

El sufrimiento puede ser una oportunidad para construir lo sustantivo de la vida

Cualquier respuesta al sufrimiento que no nazca ante todo de dentro o que no remita, por lo menos en algún momento, al interior de cada uno, está —creo— condenada al fracaso. En el propio sufrimiento, como hemos dicho, lo que uno che-



«Dios se ha implicado de forma apasionada en el sufrimiento de los hombres hasta que envió a su propio Hijo».

quea, pone a prueba y verifica, es su propia identidad: Quién soy yo, dónde radica mi consistencia, qué puedo esperar, qué será de mí...

Así enfrentado, el sufrimiento encierra en sí —con bastante frecuencia— una cierta pedagogía, cuya finalidad es *educar* (= *educere*), es decir, sacar de dentro. Además de suscitar solidaridad desde fuera (las catástrofes terminan siendo una gran manifestación de humanidad), el sufrimiento puede desencadenar, dar rienda suelta a energías, recursos y actitudes internas hasta entonces desconocidas. Esto explica, por lo menos en parte, que el sufrimiento signifique para muchos el alumbramiento, el parto doloroso de algo nuevo que la adversidad no sólo ha acrisolado, purificado y cargado de nuevo realismo, sino que ha generado y gestado. A pesar de todo.

Desde este supuesto el sufrimiento adquiere un cierto valor de *símbolo* o de *parábola* de la vida misma. Desde su nacimiento hasta su final está llamada a afirmarse entre un cúmulo ininterrumpido de resistencias. Prueba fehaciente de ello son los sufrimientos teóricamente evitables (una buena parte de ellos), pero prácticamente inevitados, incluso en supuestos individuales y sociales ideales. Los dolores del parto no terminan en el alumbramiento y nacimiento de una nueva existencia: Es duro y doloroso hacerse personas, el amor va

“ El sufrimiento sabe demasiadas veces a injusticia y desproporción ”

“ Se sufre porque, a veces, sentimos algo como definitivamente irremediable, irreparable o irreversible ”

“ Se experimenta también a menudo una cruel sensación de acaparamiento ”

siempre emparejado al sufrimiento, la libertad no lo es sin liberación de pesos, apremios y esclavitudes; la salud es siempre frágil, porque es conquista y aventura. Vivimos en un mundo agresivo, en el que vida y muerte se dan la mano, en el que no hay aprendizaje sin resistencias, no hay vuelo sin contrapesos, no hay amor sin sacrificio. Extraña paradoja: el mismo sufrimiento que a unos aplasta y paraliza, a otros los dinamiza; a unos madura, a otros infantiliza; a unos hace solidarios, a otros despliega en sí mismos...

Hay una soledad fecunda y misteriosamente saludable

Es la soledad aceptada. Teóricamente es difícil dudar del carácter único, irrepetible e incluso sagrado de cada persona. Parece, sin embargo, que necesitamos experiencias, no sólo gozosas, que nos lo pongan de manifiesto. Por ejemplo, la del sufrimiento. Es sobre todo entonces cuando uno *descubre* algo muy elemental; *soy yo y no otro el que tiene una enfermedad grave, yo quien ha de enfrentarse a la muerte, yo quien ha perdido un ser querido...*

“ El sufrimiento humano posee la extraña virtualidad de remitir al hombre a su condición de ser *uno y único*, y de serlo él solo ”

No es fácil el aprendizaje de esta soledad. Ya resulta tópico afirmar que hoy vivimos un poco de espaldas a la enfermedad y a la muerte, que tendemos a inmunizarnos contra una excesiva implicación en el sufrimiento de los demás. Porque es difícil, creo que el Señor vino, ante todo, a enseñarnos a ser hombres, nada más y nada menos. Y a esa condición, que puede entusiasmar o simplemente pesar, sólo se le saca partido aceptándola; reconciliándose con las incertidumbres del vivir, con la necesidad de morir para vivir, de perder para ganar, de bajar para subir... Sólo quien integra en su vida la muerte, con sus variados cortejos anticipatorios, puede hacer fecunda su soledad y ayudar a otros a vivirla.

El aprendizaje de la soledad, que el sufrimiento pone de manifiesto, es laborioso porque es el aprendizaje de la *responsabilidad*. El hombre es capaz de responder. ¿Qué otra cosa reclama el sufrimiento? Tras el fracaso de las teodiceas, en nuestro mundo secularizado el creyente irá descubriendo poco a poco que nuestra fe se distingue, más que por las consolaciones que ofrece, por la *lucha* a que nos invita. Es un creyente especialmente capacitado para descubrir la *debilidad* de Dios en la historia, y para asumir que la presencia de Dios en el mundo es tan discreta y tan «fiel a la tierra» y a sus leyes, que el hombre ya no puede invocar su concurso para eximirse de sus responsabilidades, ni denunciar su *silencio* para hacerlo cómplice.

Es precisamente en el sufrimiento cuando más crudamente experimentamos que también en este mundo estamos *solos, a solas con nuestra responsabilidad*.

Partir de los propios recursos y energías internos

Precisamente porque creo en la capacidad de respuesta de todo hombre, con todas las matizaciones que tantas situaciones sociales y existenciales aconsejan, creo también la viven-

cia del sufrimiento y la curación de los sufrientes ha de hacer especial hincapié sobre el sujeto y sus propios recursos. Conocemos con una cierta aproximación los límites actuales de la medicina; estamos sin embargo muy lejos de saber cuáles son los límites y posibilidades de nuestros propios recursos.

La psicología y la relación de ayuda y la experiencia nos confirman en ello. Por mi parte, apunto sólo una reflexión de corte bíblico-teológico.

Es bien sabido que a lo largo de la revelación bíblica los acontecimientos que jalonan la existencia del hombre —sobre todo el nacimiento, la salud/enfermedad y la muerte— son *interesantes*, más que por su dimensión biológica, por su consistencia espiritual. Es decir, son vistos fundamentalmente como *acontecimientos biográficos*, en los que el hombre vive su identidad de creatura, su adhesión a la Alianza y su relación con Dios. En ellos está implicada la biografía espiritual del hombre; y por eso son objeto de sus decisiones y de su responsabilidad. Puede escoger entre la vida y la muerte, lo cual equivale a optar por la fidelidad o la infidelidad.

Por el camino de esta pedagogía, a veces muy dolorosa, el creyente bíblico llega, por un lado, al descubrimiento de la responsabilidad personal que pone a prueba lo mejor de sí mismo, y, por otro lado, a la confianza absoluta en la fidelidad de Dios. Es una revelación centrada sobre el hombre, en cuanto sujeto de una nueva relación con Dios. Por eso el hombre se siente tocado (curado, salvado), alcanzado en su biografía personal y cotidiana.

Pues bien, todo sufriente es como un símbolo plantado en el mundo que, haciendo emerger su humanidad —pues eso, y no otra cosa, es lo que le duele—, nos recuerda el valor del *sujeto* y de su circunstancia. Acompañarle en el sufrimiento es partir de él, de su mirada y de su drama, caminar con sus sandalias. Cuando la pastoral como la medicina «elimina al sujeto» (según expresión de V. von Weizsäcker), también Dios «desaparece».

Soledad no es igual a mutismo y solitariedad

Respetar la soledad del sufriente no significa condenarle al silencio. Del mismo modo que hay una soledad fecunda, también es o puede ser *sonora*, o por lo menos elocuente.

“ El sufrimiento encierra en sí una cierta pedagogía; puede desencadenar energías, recursos y actitudes internas hasta entonces desconocidas ”

Uno de los grandes desafíos actuales de la espiritualidad cristiana y de la pastoral está en elaborar un nuevo lenguaje para las situaciones de soledad, de manera que ésta pueda convertirse en un itinerario salvífico y terapéutico. Los códigos sociales e incluso pastorales parecen condenar a menudo al sufriente —en este caso, el enfermo— al silencio o, por lo menos, al ocultamiento de los sentimientos, originado por un cierto pacto tácito de silencio y por las exigencias de una cierta *compostura convencional*.

También hay un lenguaje en la soledad. Comienza ante todo por la *interiorización* del nuevo peso de la realidad: Se trata de asumir, mirar de frente (en la medida en que se pueda),

dejarse interpelar. Es un *diálogo interior* con el sufrimiento, en búsqueda de personalización, de sentido y de *salida*. En esta etapa podrían servirnos de referencia no pocos sufrientes bíblicos. No es, evidentemente, un diálogo pacífico. Está hecho también de desahogos, que es preciso acoger, favorecer y tratar como tales. No son siempre una forma de comunicación; desde luego, aun cuando lo son, no buscan una respuesta teórica, incluso cuando adquieren la forma de exabrupto teológicamente poco aceptable. Forman parte de un recorri-

“ Todo sufriente es como un símbolo plantado en el mundo que, haciendo emerger su humanidad, nos recuerda el valor del sujeto y de su circunstancia ”

do existencial, que, con frecuencia se convierte en lamento explícito: lenguaje, este último, que en no pocos santos y personajes bíblicos ha sido elevado a la categoría de la máxima familiaridad con Dios. «Ahora sé, Señor, por qué tienes pocos amigos: los tratas mal», llegó a decir santa Teresa.

Una pastoral más atenta a cuanto acontece en el sufriente, respeta su soledad en la medida en que deja que ésta se exprese; más aún, en la medida en que, desde fuera, le presta su voz y, con recursos adecuados, le ayuda a *confrontarse, a asumir el protagonismo, a curarse desde dentro*.

La comunicación en la soledad crea una nueva presencia

Creo que una de las expresiones más bellas de solidaridad con quien sufre es aquella que respeta hasta el final su identidad, sus sentimientos, su soledad. Esta forma de presencia se convierte en una verdadera mediación del encuentro salvífico de Dios con el hombre. Surge una nueva presencia, misteriosa, pero real. El encuentro humano, cuando se da a ese nivel, está habitado por Dios.

Dejarse afectar por el sufrimiento

«Padre, la teología le ha secado el corazón. Perdóne, pero usted no entiende nada». Así reaccionó una joven enferma ante su capellán, según parece más experto en doctrina que en humanidad. Difícil equilibrio para el pastor: Siente que ha de bajar hasta el fondo del pozo, pero sin ahogarse también él y sin perder de vista la *salida*. Nos cuesta entender —y nos costará siempre— que no hay palabra significativa sobre el sufrimiento ajeno sin que al mismo tiempo nos comprometa ante él. Sólo quien toma en serio a quien sufre, aunque le *salpique*, podrá entrar en su mundo interior, en el templo sagrado de su soledad, allí donde cada uno encuentra lo mejor de sí mismo, y decide su propio destino.

SUFRIMIENTO, UNA EXPERIENCIA SALVÍFICA DE COMUNIÓN

Sufrimiento, una extraña epifanía de comunión

Abordamos, ahora más brevemente, la segunda parte de nuestro viaje, presente ya de algún modo en la primera parte.



«Ayudar al sufriente a disponer de sí es, tal vez, el objetivo prioritario de la pastoral de la salud».

Para entender su alcance y su sentido, anticipo una sencilla reflexión. Tal vez sea el tema del sufrimiento (y, en general, el del mal del mundo), el que subraya más claramente la importancia de la perspectiva desde la que nos asomamos al misterio de Dios, misterio de salvación, revelado en el tiempo. La teología coincide en valorar la historia, como epifanía de Dios, como lugar de revelación de su identidad y de sus designios. Sin embargo, siempre he albergado serias dudas de que la coherencia de este planteamiento sea llevada hasta sus últimas consecuencias.

Tomar en serio la historia significa afirmar que Dios no se ha revelado, de hecho, por lo que es en cuanto substancia, sino por lo que hace: por la acción y por la fidelidad a sus promesas (A. Marchadour); no se reveló por lo que pudo hacer y no ha hecho (U. Eibach). Mirar, pues, al Dios de la historia quiere decir que hemos de ocuparnos tanto de la experiencia salvífica de los hombres como de los dogmas; hemos de estar tan atentos a la consistencia de los hechos salvíficos, sobre los que se asienta la fe, como a Aquel a quien remiten. En el fondo, el Dios que podemos conocer no es otro que el que se ha revelado *propter homines* (a causa de los hombres) y lo que ha realizado en favor de ellos.

El olvido de Dios de la historia o, dicho de otro modo, la desatención a la historia, explica, en buena medida, que la reflexión sobre el sufrimiento y el mal del mundo haya estado, durante mucho tiempo, supeditada a esquemas más filosóficos que bíblicos. El Dios físicamente inmutable, psíquicamente impassible y éticamente irresponsable (J. Moltmann) no es el revelado en Cristo; tampoco lo es el confundido con el mundo, extrañamente envuelto e implicado en el conjunto de causas, *escondido* detrás de la armonía del universo, ora injustamente acusado, ora innecesariamente justificado.

Miremos, pues, al Dios de la historia y a la historia de Dios con los hombres. Desde ahí descubrimos, por ejemplo, que el sufrimiento ha sido uno de los lugares privilegiados de su

comunicación y apertura a los hombres. Dentro de la ambigüedad del acontecer humano y sin que la historia deje de ser también historia de los hombres, Dios se ha implicado de forma apasionada en su sufrimiento. De forma apasionada y progresiva, hasta que envió a su propio Hijo, quien vino como terapeuta y salvador. Fue tal su implicación que no se hizo un hombre cualquiera, sino un hombre-siervo: Encarnación *selectiva* que se expresó también en una misión igualmente selectiva, al hacer objeto preferencial de su solidaridad a los más pobres y enfermos; y al luchar contra el mal del mundo con la debilidad del amor y no con la fuerza del poder.

Tomar en serio la historia no quiere decir que haya que detenerse únicamente en la materialidad de los hechos o de los acontecimientos, que pueden ser contundentes e incluso prodigiosos. Hay que descubrir sobre todo su valor de signo. Y los signos suelen ser humildes, débiles; entre otras razones porque apelan a la fe e invocan la adhesión, más que de la mente, del corazón. Los acontecimientos, así concebidos, están más en relación con la felicidad del hombre (salvación, liberación, salud) que con su saber (doctrina, verdades).

“ Respetar la soledad del sufriente no significa condenarle al silencio ”

“ Una pastoral más atenta a cuanto acontece en el sufriente, le ayuda a confrontarse, a asumir el protagonismo, a curarse desde dentro ”

Ésta es, creo, la pedagogía de Dios, a la que el hombre ha opuesto y opondrá siempre una cierta resistencia. Existe en nosotros una propensión innata a fijar la mirada en el dedo en vez de mirar al objetivo hacia el que apunta; a quedarnos anclados en la inmediatez de los hechos: unas veces ofuscados, otras, atrapados o distraídos... Así, no es fácil barruntar que detrás del silencio de Dios (uno de los hechos mejor detectados por los creyentes de hoy) se *esconda* su implicación paciente y sufriente en el acontecer de la historia; no es fácil atisbar que la muerte de Jesús en la cruz (hecho contundente), sea a la vez símbolo de la máxima debilidad y fortaleza y, por tanto, experiencia salvífica posible para cualquier hombre; es realmente laborioso entender que el sufrimiento de los inocentes (hecho escandaloso, al que no escapó el mismo Cristo) sea tal vez el signo más claro de que la historia no es todavía la que Dios quiere: voluntad y debilidad de la que participamos todos los hombres de buena voluntad.

Tratando de leer la historia de la salvación desde esta perspectiva, ofrezco ahora algunas claves teológico-pastorales que nos ayuden a vivir el sufrimiento propio y ajeno como una experiencia salvífica de comunión.

Enfermos y agentes de salud al servicio de la comunión

El valor de las actitudes

Es claro que Dios no ha explicado el sufrimiento. Pero la historia del sufrimiento, vista desde la vertiente de Dios, está impregnada y como modulada por hechos y actitudes, detrás

de los cuales es posible descubrir por lo menos una doble *revelación*.

En primer lugar, el sufrimiento puede ser vivido por el creyente como vehículo u ocasión (amargos cuanto se quiera) de una singular *pedagogía divina*. Invita al hombre al realismo (nada más realista que la Biblia); sufriendo puede llegar a saber quién es, de dónde le viene la vida, dónde radica su consistencia, hacia dónde ha de orientar su identidad... Sufriendo puede también descubrir la sinrazón de las razones últimas y la inutilidad de pretender salvarse a sí mismo. El hombre es sólo hombre. Si no se acepta esto, no puede darse una verdadera comunión, ni con Dios ni con los demás. Sólo quien se sabe hombre y sólo hombre, si es creyente, deja que Dios sea Dios y que los demás sean hermanos.

En segundo lugar, esta difícil pedagogía está afortunadamente avalada, sobre todo en el sufrimiento, por gestos y actitudes de exquisita *solidaridad salvífica* en favor de los sufrientes. Dios salva *del* sufrimiento y *en* el sufrimiento: experiencia que es preciso subrayar en ambos aspectos.

Del sufrimiento: la historia de Dios está ritmada por sus acciones liberadoras, sobre todo en Cristo. Llamen sobre todo la atención su *sensibilidad* y su *concreción*. No desdeña nada de cuanto acontece en el hombre; actúa no sólo a través de los grandes acontecimientos salvíficos, sino también en la biografía cotidiana de cada uno de sus hijos. La salvación por Él prometida se hace creíble precisamente porque conecta con lo cotidiano, es decir con las aspiraciones básicas de todo hombre: el deseo de salud, de felicidad... Esta sintonía se revela especialmente en quienes *simbolizan* o representan emblemáticamente la condición humana herida: los sufrientes. En la liberación de éstos la salvación toma forma de salud devuelta, de liberación de las cadenas impuestas a los que vagan por los montes, de reintegración de los excluidos en la sociedad, de liberación de los tabúes y prejuicios sociales que crean marginación, de restitución de la dignidad perdida...

“ El sufrimiento ha sido uno de los lugares privilegiados de la comunicación de Dios y de su apertura a los hombres ”

En el sufrimiento: La salvación penetra en su interior, dándole la vuelta, incluso cuando el hombre ha de seguir conviviendo con él. Aquí el misterio se hace más espeso, pero no deja de ser igualmente salvífico. La historia está llena de representantes señalados y silenciosos —desde Job hasta Cristo y los crucificados de nuestros días— que fueron capaces de recorrer el camino largo de la esperanza, de seguir vivos en medio de la muerte. En ellos la salvación se tiñe de *resistencia* al sufrimiento: fuerza misteriosa que fluye de las venas de la debilidad, que libera del aplastamiento total y que hace emerger la humanidad por encima del muro manchado de sangre. Es salvación porque permite descubrir Presencia en el abandono y esperanza en el fracaso; porque hace capaz al sufriente de seguir *ex-sistiendo*, es decir, de salir de sí mismo, de no replegarse, de no romper totalmente con el mundo, e incluso de vivir oblativamente.

No es fácil leer la Buena Noticia dentro de la historia del sufrimiento. Ahora bien, en nuestro ministerio de terapéutico es fundamental no perder de vista precisamente eso: la histo-

ria. Sólo desde ella puede entenderse que el sufrimiento de los hombres sea a la vez pasión de Dios.

En el sufrimiento la salvación se hace encuentro

Tal vez sea éste uno de los conceptos que mejor define la actitud de Dios, especialmente en Cristo, en relación con el sufrimiento. En Cristo se elimina toda aparente distancia e, incluso, desigualdad. «Descendiendo» hasta nosotros desde una posición de «comodidad» —como diría H. Nouwen—, su conexión con lo humano ya no es sólo compasión sino también participación. El encuentro es de tal índole y alcance que lo divino y lo humano quedan definitivamente, aunque con mucho dolor, unidos a través de ese *mirabile commercium* (admirable intercambio) del que nos habla la liturgia navideña. Es puente entre las dos orillas; de ida y vuelta: de estremece-dora reciprocidad.

“ El sufrimiento puede ser vivido por el creyente como vehículo u ocasión de una singular pedagogía divina ”

“ Dios salva del sufrimiento y en el sufrimiento ”

“ Sólo desde la historia puede entenderse que el sufrimiento de los hombres sea a la vez pasión de Dios ”

Es encuentro, no en la periferia de lo humano y de su acontecer, sino *allí donde el hombre está, donde sufre y goza*. Dios baja para que el hombre suba. Cristo —dice D. Bonhoeffer— no nos ayuda en virtud de su omnipotencia, sino en virtud de su debilidad. O como dice B. Häring: «Dios es fuerte y débil como el amor; ni más ni menos». Sólo en Dios cabe, en plenitud, esa doble dimensión, que los humanos, sólo de lejos, remedamos. Por eso salva y por eso el hombre se siente salvado: Es decir, tocado, alcanzado, penetrado en lo más nuclear de su vida, en su centro, en su biografía.

La prolongación de la salvación en el tiempo no es otra cosa que la posibilidad de seguir *renovando y perpetuando ese encuentro*. Por eso la Iglesia es sacramento de comunión entre Dios y los hombres; su naturaleza es dialogal; su misión, recorrer el camino del hombre, como recuerda repetidas veces Juan Pablo II en *Redemptor Hominis*, y encontrarse con él «sobre todo cuando sufre», como apostilla en la *Salvifici Doloris* (n.º 3).

Estoy convencido de que uno de nuestros grandes desafíos como pastores y terapeutas dentro del campo de la sanidad está precisamente en esto: En devolverle a nuestro ministerio su (perdón por la expresión) *arraigo antropológico*, es decir su verdadera conexión o sintonía con lo humano, con lo que acontece en el hombre, y por tanto su credibilidad social y cultural. Para ello es preciso tomarle en serio, hasta tal punto que entendamos que tampoco hoy hay salvación si ésta no alcanza a nuestros enfermos allí donde se encuentran, y si no se traduce, por tanto, también en *experiencia aquí y ahora*.

El desafío cobra claramente mayor contundencia cuando la oferta de la salvación invoca la fe del sufriente y es celebra-

da en el sacramento. ¿Cómo conseguir que también éstos sean un verdadero encuentro, y no algo sobreañadido o tangencial? Lo que está en juego, con alguna frecuencia, es ante todo la credibilidad humana, porque el sacramento no puede *inventar* encuentros no habidos, solidaridades inexistentes. A veces parece lamentablemente puente de una sola dirección: Dios nunca falla a la cita, pero toma tan en serio las mediaciones que en el *desencuentro* humano también Él de alguna forma *desaparece*; su solidaridad pasa por la de sus hijos. También hoy sigue amando con ojos de hombre y... de mujer.

Encuentro desde la impotencia

He aquí una de las sensaciones más recurrentes en la experiencia del sufriente (del enfermo) y de quienes le acompañan. Inútil describirla, pues tiene mil rostros y tonalidades. Pero es preciso integrarla.

Desde la línea de reflexión que vengo exponiendo, quizás no resulte difícil entender o aceptar su gran valor terapéutico, dolorosamente tal. El impotente invoca, ora el poder, ora la comunión; ora se dirige suplicante al Dios omnipotente, ora mira solidario al Crucificado. Es más fácil la actitud primera que la segunda. Reconciliarse con la impotencia quiere decir aceptar que en nuestra historia, y mientras ésta dure, el poder de Dios sigue estando *crucificado*: la omnipotencia de su amor y su capacidad infinita de amar le llevó precisamente hasta ahí. Éste es un hecho contundente ante el cual toda razón flaquea y sólo la experiencia prueba. Es la experiencia de todos aquellos que, reconociendo que están *ahí* (clavados, en el pozo, en el trago amargo de un cáliz tal vez *ofrecido* desde fuera...), son todavía capaces de descubrir una *solidaridad cómplice*, un aliento interior, humano y divino: soplo de vida que mantiene la vida; un reforzamiento de la voluntad de vivir... de otro modo.

También el agente de salud ha de vivir su propia impotencia como un recurso terapéutico, ante todo para sí mismo. Quien se reconcilia con ella está mejor capacitado para reconocer el valor sagrado y único de cada persona, para respetar su identidad y sus ritmos, para servir sin imponer, para aceptar su propia ansiedad y sus propios límites. Acompañar en el sufrimiento quiere decir recorrer un camino que es, más o menos el de todos, y cuyo final los enfermos nos anticipan y proponen. Ellos son memoria constante de la impotencia más radical: la muerte y su soledad. Sólo quienes integran la propia en la vida, podrán ayudar a los demás a hacer y vivir sanamente su proceso de morir.

Cuando el encuentro se torna *impotencia compartida* hay lugar para confesar que sólo Dios salva.

Encuentro para la libertad

Es una de las características y virtualidades del encuentro terapéutico salvífico: Libertad en el sufrimiento y a pesar del sufrimiento. Comenzando por el final, es estupendo experimentar que precisamente la última desembocadura, salvífica del sufrimiento consiste en poder decir con razón: «Padre, en tus manos encomiendo mi espíritu».

La muerte, por lo menos simbólicamente, resume en sí todas las *resistencias* que han jalonado la vida del hombre. De ahí que pueda ser vivida como acción y pasión, como un hecho consumado desde dentro o impuesto desgarradoramente desde fuera; como libertad o como esclavitud. Curar y salvar

la propia muerte es hacer ella la acción suprema de la libertad, en palabras de K. Rahner, o el coronamiento de la libertad, como afirma D. Bonhoeffer.

En cuanto símbolo, de alguna manera representa todas aquellas situaciones existenciales en las que la última posibilidad de salvación y *curación* del sufrimiento consiste en que el sufriente pueda *disponer de sí mismo*. Este ofrecimiento de libertad está en el corazón mismo de la acción salvífica de Dios, de la que es prueba máxima la cruz de Cristo: Desde su espera, desde su oscura noche, los gritos de libertad («Perdónales...»), «Padre, en tus manos...»), siguen sonando hoy como el mayor desafío y, seguramente también, como el mayor estímulo para nuestra libertad herida.

Ayudar al sufriente a disponer de sí es tal vez el objetivo prioritario de la pastoral de la salud. Tarea difícil que pasa necesariamente por un acompañamiento que pone al enfermo en el centro y lo hace protagonista, en la medida de lo posible, de su proceso terapéutico salvífico. Que el enfermo pue-

“ El agente de salud ha de vivir su propia impotencia como un recurso terapéutico, ante todo para sí mismo ”

“ Una de las características del encuentro terapéutico salvífico es la libertad en el sufrimiento y a pesar del sufrimiento ”

da intervenir significativamente en sus acontecimientos, que pueda cambiar el rumbo, si no de los hechos, por lo menos de sus significados; que pueda decidir sobre el sentido de lo que le acontece; aprender nuevos recursos y descubrir nuevas potencialidades; enfrentarse a sus sombras, crecer y madurar desde dentro; relacionarse con Dios, no sólo desde la enfermedad, sino también desde otras posibilidades y experiencias... Para acompañar en este itinerario el agente de salud necesita buenas dosis de humanidad y de sensibilidad, y, al mismo tiempo, de recursos y habilidades que le permitan adentrarse en este tabernáculo interior donde el sufriente se encuentra con la verdad de sí mismo. No bastan, sin embargo, los recursos humanos: La máxima libertad coincidirá siempre con la máxima Gracia.

Encuentro para la esperanza

Tocamos aquí tal vez lo más específicamente cristiano: la *aportación de esperanza*. También los no creyentes son capaces de amar hasta las últimas consecuencias, porque el amor de Dios no conoce fronteras y se derrama en cualquier corazón bien dispuesto, aunque todavía no conozca a quien nos amó primero. La esperanza, en cambio, asentada en el hondón mismo de la condición humana, camina al ritmo de una fe, sencilla y probada, contrastada y madurada, hasta alcanzar un contenido, entre misterioso y explícito, pero profundamente real, que va mucho más allá de lo razonablemente esperable.

“ La esperanza cristiana tiene en el complejo mundo de los enfermos uno de sus *lugares preferenciales* ”

“ La esperanza del creyente sufriente es Cristo ”

Precisamente porque se afirma entre la densidad humana de la adversidad y de la incertidumbre, lejos de los cálculos y previsiones, la esperanza cristiana tiene en el complejo mundo de los enfermos uno de sus *lugares preferenciales*. Largo es su camino y generosas sus alianzas. Como el amor, la esperanza también se encarna y afirma comenzando *desde abajo*; atendiendo las pequeñas expectativas, penetrando en las cuitas de la biografía diaria, dando salud y cariño al enfermo y al marginado. No rivaliza con la ciencia ni la sustituye en sus competencias, porque el Evangelio no es una aspirina; pero es capaz de dinamizar misteriosamente todo el proceso terapéutico.

Llega sin embargo un momento, como nos confirma la experiencia, en el que sólo hay lugar para ella, o sólo ella puede iluminar la andadura humana. Sin toques mágicos ni respuestas resolutivas. Esto sucede cuando el sufriente descubre, ora por la vía de la indigencia, ora por la vía de la plenitud, que es sólo Dios quien plenifica nuestra vida, llevándonos más allá incluso de nuestras razonables expectativas humanas, colmando nuestros vacíos, enviando un rayo de su luz a nuestra oscuridad, llenando con su presencia los últimos pliegues de nuestra alma y de nuestro corazón, dando aliento a las últimas aspiraciones... Es entonces cuando la esperanza, aun sin contenidos fácilmente descriptibles, adquiere un nombre. La esperanza del creyente sufriente es Cristo. Por eso hay tantos sufrientes que tienen *rostro de resucitados*.

El nuestro es el ministerio de una esperanza que, más que sus contenidos, pone a prueba nuestra capacidad de interiorizarlos, vivirlos y transmitirlos. Empleando la imagen de san Bernardo, todo agente cristiano de la salud ha de ser, no como la canaleta que suelta en seguida el agua recibida, sino como depósito que, una vez lleno, comunica por desbordamiento. La esperanza, como el amor, se comunica también por *contagio*, está escrita en los ojos y en el semblante: necesita ministros con rostro de resucitados.

CONCLUYENDO

El sufrimiento es y será siempre un misterio insondable, una provocación, una especie de ofensa al buen sentido y a la racionalidad. Mis reflexiones no han pretendido domesticarlo, sino ofrecer más bien unas vías de abordaje. Lo que está en juego no es la razón o sinrazón de tal misterio. Los cristianos hemos de preocuparnos menos —ya lo hemos hecho en exceso— de dar razones y, menos aún, de pretender llegar hasta las últimas. Más que el *antes* interesa el *para qué* y el *hacia dónde* de esa experiencia: que ésta pueda, a pesar de todo, llegar a ser una experiencia salvífica de soledad y de comunión.

LH

III-3

EL SENTIDO DEL SILENCIO DE DIOS

Alfonso López Quintás

Catedrático de Filosofía. Universidad Complutense. Madrid

El autor reflexiona en profundidad sobre el sentido del silencio de Dios. En primer lugar, nos plantea el desconcierto del ser humano ante tal silencio y su desconuelo porque Dios no escucha nuestras súplicas. En segundo lugar, explica el descubrimiento que debemos hacer ante el gran signo de estar inmersos en un mundo de valores para exponernos qué es lo verdaderamente importante. Y ya por último, nos desvela el sentido del silencio de Dios.

EL DESCONCIERTO ANTE EL SILENCIO DE DIOS

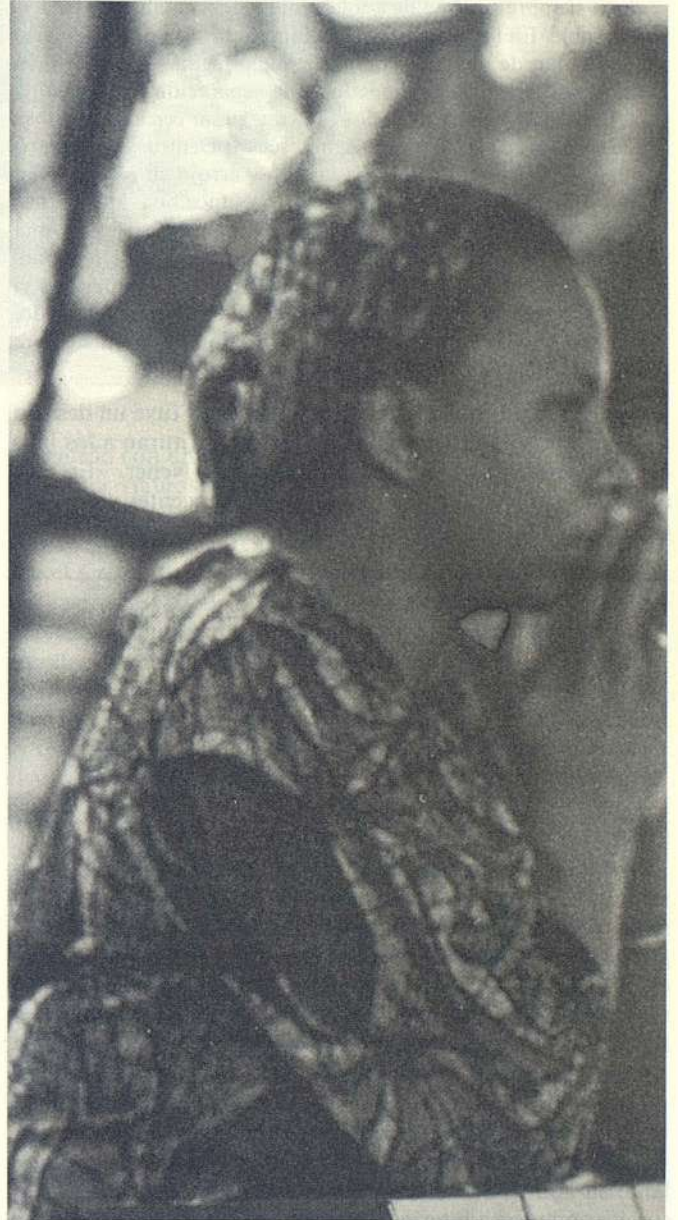
Desde niños oímos los cristianos decir que nuestro Dios es un Padre todopoderoso y bueno que cuida a los pájaros del cielo y los lirios del campo y escucha las súplicas de los hombres. Esta imagen de Dios Padre se graba profundamente en nuestro ánimo y durante cierto tiempo inspira nuestra adhesión personal y nuestro fervor religioso. Nos sentimos amparados y queridos. La vida se nos presenta llena de sentido, y nuestro ideal consiste en convertirla en un acto de servicio al Ser infinitamente *distinto* de nosotros que puede tornarse *íntimo*.

Pronto, sin embargo, la experiencia nos empieza a mostrar, implacable, el lado oscuro de la existencia humana: un campesino que ve sus cosechas devastadas por una riada; una madre que asiste desvalida a la agonía de su hijo; los vecinos que oyen, inermes, los últimos lamentos de quienes yacen bajo los escombros provocados por un terremoto; los cooperadores sociales que luchan en vano por salvar la vida de pueblos enteros consumidos por el hambre. Estas crueldades laceran nuestro espíritu sensible, abierto con espontaneidad y confianza a cuanto irradia felicidad.

Recordemos varios textos sobrecogedores:

«¿Por qué prueba el Señor con torturas y persecuciones a estos japoneses, a estos pobres campesinos? Pero no, Kichijiro quería aludir a algo distinto, algo aún más espantoso: el silencio de Dios. Ya han pasado treinta años desde que comenzó la persecución y, aunque esta tierra negra del Japón estalla de gemidos cristianos y corre la sangre roja de los misioneros y se van derrumbando las torres de las iglesias, Dios tiene delante a las víctimas de este terrible sacrificio inmoladas a él, y aún continúa en silencio. Siento, sin poderlo evitar, que ese es el problema que se oculta en el fondo de las quejas de Kichijiro»¹.

1. Cf. SHŪSAKY ENDŌ: *Silencio*, Sigueme, Salamanca 1973, pág. 66.



«Ante un peligro que nos acosa movilizamos los medios a nuestro alcance, rezamos con toda el alma y hacemos promesas».

«Le cruzó el corazón una sombra gigantesca como la del pájaro que pasa rozando el mástil. Y ese ala era portadora de muchos recuerdos, de tantas muertes de cristianos... También entonces Dios guardó silencio. Lo mismo que guardó silencio en el mar empañado de llovizna. Lo mismo que no dijo pala-

bra cuando asesinaron al tuerto en aquel patio en que caía el sol a plomo. Sin embargo, entonces aún podía seguir él aguantando. Aguantar no era la palabra, mantener a raya lo más lejos posible estas dudas espantosas. Ahora, ese estor tor era una acusación a Dios: "¿Por qué tú no dices nunca nada?"².

«... A los quince años (...), Elie y su familia fueron arrojados al campo de Auschwitz. En la misma noche de su llegada, fue separada brutalmente de su madre y de sus hermanos. Ya nunca volvió a verlos. Habían empezado para Elie y su madre meses de horrores indescriptibles (...) Dos hechos marcaron para siempre su alma de adolescente excepcionalmente impresionable. En la primera noche, iluminada sólo por las llamas que salían de una alta chimenea, cuando Elie se encontraba aún bajo el choque tremendo de la separación de su madre, la columna de los deportados tuvo que pasar cerca de una fosa de donde subían «llamas gigantescas». Dentro se quemaba algo. Se acercó un camión a la fosa y arrojó su carga: «eran niños, bebés (...). Y Wiesel sigue así: "Nunca olvidaré esta noche, la primera noche en el campo, que hizo de mi vida una larga noche cerrada con siete llaves. Nunca olvidaré este humo. Nunca olvidaré las caritas de los niños cuyos cuerpecillos vi transformados en torbellinos de humo bajo un cielo mudo. Nunca olvidaré estas llamas que consumieron para siempre mi fe"»³.

El horror de tales situaciones límite constituye un desafío a nuestra fe. «Estos demonios encarnados trituraron a los inocentes», comenta el escritor hebreo André Neher. «En esta absurda y trágica limpieza ¿podrán los inocentes reconocer que es la mano de Dios la que tiene la escoba?»⁴.

“ La experiencia nos empieza a mostrar, implacable, el lado oscuro de la existencia humana ”

“ El silencio de Dios se abatió sobre su espíritu como una sombra maléfica y destructora ”

Ante un peligro que nos acosa movilizamos los medios a nuestro alcance, rezamos con toda el alma, hacemos promesas, y al final asistimos mudos a la desgracia irreparable. Un grito silencioso se alza entonces en nuestro interior: «¿Por qué calla el Todopoderoso?». Sabemos que en ciertas ocasiones el Cielo actuó en favor de alguien, y surgió el milagro solicitado. Recordamos la promesa solemne del Evangelio: «Pedid y recibiréis...». Redoblamos el esfuerzo, ponemos nuestra vida entera en la plegaria, insistimos, y el Altísimo no da respuesta. Los acontecimientos siguen su curso inexorable, y la enfermedad, el agua desatada, la tierra convulsa... llevan adelante su acción destructiva sin el menor impedimento. Ello suscita en nuestro interior la tentación de pensar que el Dios de nuestra fe no es el principio de nuestra esperanza y el término de nuestro amor, es un Dios creador que permanece

2. Cf. *O. cit.*, pág. 199.

3. A. MARY TESTEMALLE: *¿Silencio o ausencia de Dios?* Studium, Madrid 1975, págs. 16-17. La obra en que Elie Wiesel describe su experiencia del campo de concentración es *La Nuit*, Ed. du Minuit, Paris 1958.

4. ANDRÉ NEHER: *L'Éxil de la parole*, Du Seuil, Paris 1970, citado por Testemalle, *O. Cit.*, pág. 142.

ausente de su creatura en una lejanía poderosa e incomprometida.

Un día me confesó una joven que durante varios años, tras la muerte de su madre, no pisó una iglesia ni pronunció una oración. En la niñez y juventud había cultivado con fervor la vida religiosa. Se sentía acogida por Dios y segura. Pero sobrevino la enfermedad grave de su madre. Le confesó su angustia al confesor, y éste la remitió, sin mayores matizaciones, a la promesa evangélica antedicha: «Reza y serás oída». Todo su ser se convirtió en plegaria. Día y noche, su pensamiento se dirigió insistente y angustiado al Señor de la vida y de la muerte. Todo su amor a Dios y su confianza se concentraron en sus ruegos. Pero su madre acabó sucumbiendo a la enfermedad. Una inmensa decepción se apoderó del ánimo de la joven, y una especie de despecho contra lo divino la alejó de toda práctica religiosa. El silencio de Dios se abatió sobre su espíritu como una sombra maléfica y destructiva.

“ ¿Está justificado el escándalo por el silencio que Dios guarda ante las desgracias que ocurren en la vida, sobre todo las que afectan a las personas inocentes? ”

“ Seguimos pidiendo signos y éstos permanecen ausentes ”

Una y otra vez en la vida, ante experiencias semejantes nos planteamos la pregunta decisiva: ¿Está justificado el escándalo por el silencio que Dios guarda ante las desgracias que ocurren en la vida, sobre todo las que afectan a las personas inocentes? Es conocida la sensibilidad de Albert Camus ante tal injusticia. En su obra *La peste*, Rieux, impresionado por la muerte del hijo del juez Othon, le dice al padre Paneloux: «Ud. sabe bien que éste era inocente».

Tener que presenciar a diario, impotentes, el espectáculo siniestro de las crueldades cometidas con los hombres por sus mismos hermanos o por un destino adverso nos lleva a pensar que el mundo y la existencia humana carecen de sentido, son radicalmente *absurdos*. Para no vernos enfrentados a esta conclusión desoladora, celebraríamos sobremedida que tuvieran lugar golpes de efecto por parte de Dios que dejaran patente la conexión entre el carácter amoroso del Creador y la marcha de los acontecimientos en el mundo. Ello permitiría a los hombres palpar lo religioso, tocarlo, convertirlo en una experiencia cotidiana irrefutable. Seguimos, como los antiguos judíos, pidiendo *signos*, y éstos permanecen ausentes. Todo nos hace concluir que debemos arreglar nuestra vida por cuenta propia, en una soledad acosada por el viejo enigma: ¿tiene sentido una vida abrumada de dolores y abocada a la muerte?

En estos momentos de desánimo, cuando nos sentimos estafados en nuestra esperanza y buena fe, resuena con acento sugestivo en nuestro interior el mensaje adusto de los pensadores que han desplazado la experiencia religiosa a los tiempos menesterosos de la humanidad primitiva, en los cuales los hombres desvalidos ante la naturaleza rendían culto a las fuerzas naturales en busca de amparo y ayuda. Una vez que la filosofía, y, más tarde, la ciencia abrieron la mente del hombre al secreto del universo, el temor a los enigmas de éste



«Tener que presenciar a diario impotentes, el espectáculo siniestro de las crueldades cometidas con los hombres por sus mismos hermanos o por un destino adverso nos lleva a pensar que el mundo y la existencia humana carecen de sentido».

y la sumisión religiosa a sus poderes ocultos perdió todo sentido. El tiempo de la experiencia religiosa debe ser visto, en consecuencia, como un «estado de la Humanidad» definitivamente clausurado. Éste fue el parecer de A. Comte y sus seguidores positivistas.

EL GRAN SIGNO: ESTAR INSTALADOS EN UN MUNDO DE VALORES

Para descubrir el sentido del silencio de Dios debemos superar la marea de frivolidad que nos atosiga en todos los órdenes de la vida y pensar los problemas hasta el fin, aquilando al máximo los conceptos. Cuando se matizan debidamente los conceptos y se los clarifica en su raíz, resulta posible descubrir el nexo que los une y fecunda.

En un debate sostenido por un grupo heterogéneo de intelectuales en torno al «riesgo de la experiencia religiosa», el filósofo italiano Pietro Prini afirmó: «En la cultura contemporánea estamos asistiendo a un grandioso proceso que no vacilo en llamar de autenticación de la experiencia religiosa». Este proceso se ha hecho posible «porque el pensamiento contemporáneo ha llegado a plantear en sus raíces con extrema sinceridad los problemas»⁵.

Entre estos problemas se hallan, según el profesor Prini, el de la recuperación del valor autónomo de las cosas terrenas y el de la clarificación simultánea del sentido último de la existencia humana, vista de modo integral⁶. Ambas cuestiones, a su vez, muestran un vínculo muy estrecho con el azaroso problema de precisar la relación que media entre el silencio de Dios y la libertad del hombre. Este sutil asunto sólo puede ser clarificado debidamente si acertamos a sobrevolar los diversos acontecimientos de la vida humana y a penetrar en

su sentido con un estilo de pensar distinto del científico pero no menos riguroso que éste.

El silencio de Dios en el Universo nos desconcierta cuando persistimos en la tendencia a interpretar nuestra relación con el Creador a la luz de un concepto casero de paternidad y filiación. El silencio de Jesús en las horas angustiosas de su pasión y muerte resulta desazonante a quien no logra comprender el sentido del sacrificio y el anonadamiento. En ambos casos, esa reacción negativa es provocada por la tendencia a medir lo divino con criterios humanos. Para comprender lo que abarca la palabra *amor*, aplicada a Dios, debemos elevarnos años luz por encima de nuestra manera habitual de pensar y sentir.

Dios creó el mundo *por amor*. En consecuencia, la obra de la creación debió culminar en una *llamada*, la que trae al hombre a la existencia y le invita a responder voluntariamente, a fin de instaurar un ámbito de relación amistosa. Esta instauración constituye el ideal último de la vida humana. Ser capaz de tender hacia ese ideal supremo a través de los avatares y las tensiones de cada momento significa ser *libre en plenitud*. Tal forma elevada de libertad es posible únicamente cuando el hombre se deja atraer e impulsar por los valores más elevados.

“ Para descubrir el sentido del silencio de Dios debemos superar la marea de frivolidad que nos atosiga en todos los órdenes de la vida hasta el fin ”

“ El silencio de Dios en el universo nos desconcierta cuando persistimos en la tendencia a interpretar nuestra relación con el Creador ”

5. Véase la obra colectiva *El riesgo de la experiencia religiosa*, Marova, Madrid 1968, pág. 60.

6. *Ibid.*

El valor, en virtud de su esencia misma, no *arrastra* la voluntad, no la encandila, seduce o fascina; la *enamora*, la impulsa interiormente, como hace la obra musical con el intérprete que la asume a modo de voz interior. Al actuar con extrema discreción, revelándose en medida suficiente para que podamos descubrir su existencia y admirar su altísima condición, y ocultando ésta al mismo tiempo en buena parte a fin de no forzar al hombre a aceptarla, el Creador nos instaló en un entorno de valores, realidades e instancias que se hacen valer, que piden ser realizadas pero sólo se manifiestan plenamente a quien las acoge y asume. Al ser apelado por lo valioso, el hombre se ve abierto a horizontes de grandeza, de realización personal extraordinariamente rica, y puede adivinar una ley fundamental de la vida humana: *para desarrollarse como persona hay que abrirse a cuanto ofrece un valor y vivir dialógicamente, encontrarse*. La energía creadora le viene al hombre no de su ser considerado en solitario, sino de la participación en los seres valiosos y en las instancias que reciben por antonomasia el nombre de valor.

“ Dios creó el mundo por amor, por lo que la obra de la creación debió de culminar en llamada ”

“ El valor, en virtud de su esencia misma, no *arrastra* la voluntad, la *enamora* ”

Tener sensibilidad para lo valioso y ser capaz de asumirlo activamente en la propia vida y darle cuerpo equivale a poseer el *don de la palabra*. Al llamarnos a la existencia, Dios nos hizo *locuentes*, en el profundo sentido de que nos otorga la capacidad de responder a la apelación de los valores y crear valores nuevos. Por ser hombres, nos hallamos instalados desde el primer momento de nuestra existencia en un campo de valores, y estamos llamados a abrir campos nuevos. Así, desde antes de nacer y sobre todo después del alumbramiento, el ser humano siente el valor de la ternura, se ve inmerso en un campo de afecto y solicitud. Estos valores lo instan a recibirlos activamente, a convertirlos en un impulso interior y fundar ámbitos de vida en los cuales puedan verse realizados plenamente.

El mero vivir en esta trama de apelaciones y respuestas que vienen del valor y tienden a incrementar el valor es, de por sí, fuente inagotable de luz para comprender el sentido cabal de la vida y de energía personal para realizarlo en la propia existencia. Hallarse inscrito en esta fecundante marea de valores constituye una invitación a la *in-quietud* espiritual, a la búsqueda tenaz y entusiasta de la raíz última de esa energía que nos arropa desde el principio y nos abre en todo momento a mundos de elevación y riqueza.

En el mundo de los objetos, lo que más nos impresiona es lo que actúa de manera contundente a modo de causa que provoca inequívocamente un efecto. Doy un golpe sobre la mesa, y queda claro que soy el autor de tal hecho y de que tengo poder para llevarlo a cabo. En el plano de la actividad creadora, la relación de autor y obra presenta una mayor sutileza y ambigüedad. Bach creó la *Pasión según San Mateo*, pero este *efecto* supera con mucho a la *causa*. Para elaborar dicha obra, tuvieron que confluír en un determinado

momento múltiples circunstancias de tipo estético, religioso, histórico, social... El genio creador de Bach hubo de asumir activamente los valores latentes en tales líneas de fuerza y sentido y darles cauce expresivo en una obra musical. Tal asunción es receptiva y activa a la vez, implica autonomía y heteronomía. La relación entre autor y obra está muy encima en calidad de la relación entre la causa y el efecto, entre el sujeto que actúa y el objeto que padece el resultado de tal acción.

Crear un ser dotado de creatividad es una acción que se realiza en un plano más elevado todavía que el de la creatividad artística y literaria. El Creador llama a la existencia a un ser y, por lo mismo, le confiere la capacidad de tomar posición frente a Él: iniciar una relación de amistad o bien enfrentarse? Este procedimiento generoso implica un respeto altísimo de la libertad de la creatura. Y todo respeto supone reducir a silencio el afán de dominio. *Silencio y libertad se conectan e implican*.

Si tuviéramos una visión penetrante de las grandes realidades de la vida, el mero hecho de sabernos comprometidos personalmente en un mundo de valor bastaría para revelar-nos que el origen de esta forma de apertura y libertad tiene que residir en un ser que sabe vincular de modo perfecto la *palabra* y el *silencio*. La contemplación del silencio de Dios en el universo y en la pasión de Jesús dejaría, con ello, de suponer una piedra de escándalo para nuestra fe y se convertiría en el máximo signo garantizador de la misma. Un Dios prepotente no sería creíble. Un Dios silencioso rompe en principio nuestros esquemas mundanos, nuestra forma tosca de pensar y sentir, troquelada en el trato diario con objetos y acontecimientos provocados por energías infrapersonales; pero, a la postre, se nos manifiesta como el único ser al que podemos prestar un asentimiento incondicional y un amor absoluto.

Dios nos ha otorgado un *espacio de libertad* para que podamos retornar a nuestro origen por amor. La vuelta amorosa hacia quien se define como Amor no puede realizarse con sentido si no es *libremente*. Esta libertad parece que nos deja desvalidos, pero de hecho es nuestra fuerza, la raíz de la capacidad de remontarnos hasta el origen y el fundamento absoluto de nuestro ser.⁷

LA CLARIFICACIÓN DEL SENTIDO DEL SILENCIO DE DIOS

El silencio de Dios es un tema *misterioso*; presenta una riqueza tal que no puede ser conocido por el hombre de modo exhaustivo. Ello no indica, sin embargo, que supere totalmente la capacidad cognoscitiva del hombre. La valoración del *conocimiento por fe* —distinto del conocimiento científico y tan válido como él en su ámbito de acción— y el análisis aquilataado de los diversos modos de palabra y silencio nos permiten adivinar que *el silencio de Dios presenta un sentido muy elevado*. El Creador no quiere intervenir de forma patente y drástica en la vida del hombre para que éste no se vea forzado a reconocer su existencia y asumir las exigencias que la

7. Ejemplo dramático de esta última actitud es el que ofrece Orestes, el protagonista de *Las Moscas*, de J. P. Sartre: «¡Yo soy mi libertad! Apenas me creaste, dejé de pertenecerte». Cf. *Les Mouches*, Gallimard, París 1947, pág. 98.

misma plantea. El Todopoderoso no hace sentir su superioridad a los hombres, para dejar que éstos decidan libremente aceptarlo o rechazarlo.

El silencio de Dios significa, en el fondo, un homenaje a la libertad humana. Ser libre es una condición privilegiada que debe ganarse día a día de modo muy esforzado. Dios guarda silencio para abrir a los hombres un *espacio de libertad* en el que puedan germinar y florecer la responsabilidad y la creatividad. Lo vio Pascal con suma penetración: «Este extraño secreto en el cual Dios se ha retirado, impenetrable a la vista de los hombres, constituye una gran lección para nosotros»⁸. «Todas estas contrariedades que parecían alejarme más que nunca de la religión son las que me han conducido con la mayor rapidez a la verdadera»⁹.

En esta misma línea se mueve el ya citado escritor hebreo Elie Wiesel: «Tal vez Dios se revela al hombre en el silencio que sucede a la tormenta. Dios es el silencio»¹⁰.

El silencio de Dios constituye para el hombre un *misterio*, en el doble sentido de *enigmático* y de *fuentes de vida inagotable*. Lo sugiere Victoriano Casas en su estudio «Jesús y los profetas: alternativa de densidad»¹¹. «Quien cree es capaz de soportar el *silencio de Dios*. Y es que Él no se siente obligado ni por la súplica ni por la sollicitación del hombre a revelarse. Quien llama a Dios no siempre recibe de Él la respuesta cuando espera o desea. A veces, la respuesta de Dios es su silencio. «Pasados diez días, el Señor dirigió la palabra a Jeremías» (Jer. 42, 7). De esta experiencia, siempre enigmática y, a veces, dramática, nace en el hombre el sentido y el respeto del misterio de Dios. «Job reconoció que el sufrimiento es un misterio de Dios»; el salmista (Ps. 73) dice que Dios ama a los que están dispuestos a sufrir, el siervo de Jahveh reconoce que en esto está el misterio del sufrimiento: hay un sufrimiento por amor de Dios y de su deseo».

A toda persona que reflexione sobre el sentido de su vida se le plantean dos grandes interrogantes: ¿es real un Dios que calla, que permanece lejano y en silencio, dejando abierta la posibilidad de una existencia puramente mundana? ¿Tiene ese Dios, por encima de su silencio presente, una voluntad futura de manifestarse y liberar al hombre y a la historia? El Dios

8. Cf. *Cuarta carta a Mlle. de Roannez*.

9. Cf. *Pensées*, núm. 424.

10. Cf. *Les portes de la forêt*, Ed. du Seuil, Paris 1964, Apud Testemalle, *O. cit.*, pág. 32.

11. *Misión abierta* 3 (1988-1989) 96.

del cristianismo, visto a la luz del misterio de la muerte y resurrección de Cristo, parece responder a estas dos cuestiones básicas de la vida humana. En la muerte de Cristo se nos presenta el Dios que admite su anonadamiento y el silencio de su divinidad ante el mundo. Jesús veló durante toda su vida, salvo contadas excepciones, su condición divina. Podemos decir que pasó la vida en silencio. Este silencio adquirió una altura sublime durante la pasión. El mismo Pilato se sintió en cierto modo sobrecogido. La resurrección de Cristo anticipa el futuro en que Dios se manifestará y llevará a cabo la liberación absoluta de la historia personal y colectiva de los hombres.

“ El Creador llama a la existencia a un ser y, por lo mismo, le confiere la capacidad de tomar posición frente a Él: iniciar una relación de amistad o bien enfrentarse ”

“ El Todopoderoso no hace sentir su superioridad a los hombres para dejar que éstos decidan libremente aceptarlo o rechazarlo ”

“ El silencio de Dios significa un homenaje a la libertad humana ”

El signo de credibilidad máximo del cristianismo se encuentra en la profundidad teológica abismal que encierra el misterio de la muerte y resurrección de Cristo, misterio que viene a refrendar la adivinación primera de que el silencio de Dios puede tener en sentido eminentemente positivo.

Si se plantea el problema religioso con el debido rigor, la crisis actual no aparece como el desmantelamiento definitivo de la religión —según proclaman los agoreros del declive religioso—, sino como un *kairós* o *momento privilegiado* de la experiencia religiosa y de su logro definitivo en el Cristianismo. También hoy podemos hacer nuestras estas palabras de Pascal: «Es bueno estar cansado y fatigado por la búsqueda inútil del verdadero bien a fin de tender los brazos al Liberador»¹².

12. Cf. B. PASCAL: *Pensées*, núm. 422.

EL SUFRIMIENTO EN EL MAGISTERIO DE JUAN PABLO II

Miguel Ángel Monge

Capellán. Clínica Universitaria de Navarra

El 11 de febrero de 1984 Juan Pablo II publicó la exhortación apostólica *Salvifici doloris* sobre el sentido cristiano del sufrimiento humano. Era la primera vez que un documento pontificio afrontaba de un modo directo y amplio esta cuestión.

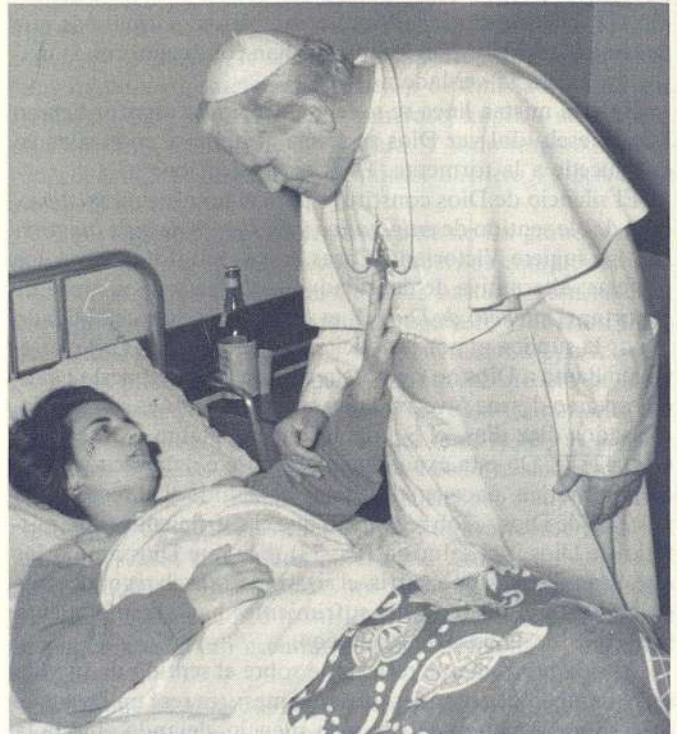
No faltaron los que vieron detrás de esa honda meditación sobre el dolor la huella que en el Papa había dejado el atentado del 13 de mayo de 1981. El mismo Papa lo reconocía: «Ahora sé mejor que antes que el sufrimiento es una dimensión tal de la vida que a través de él penetra en el corazón humano, como en ninguna otra forma, la gracia de la Redención» (*Mensaje, 14-VIII-1981*). Fue, sin embargo, la celebración en 1984 del Año Santo de la Redención el motivo próximo del documento. Así lo afirmaba expresamente cuando dirigiéndose a un grupo de enfermos tres días después de la publicación de la carta apostólica, les decía que «había considerado oportuno, con ocasión del Año Santo de la Redención exhortar a todos los cristianos a meditar con mayor profundidad y convicción sobre el valor irremplazable del dolor para conseguir la salvación del mundo». (*Aloc. 14-I-1984*).

Ya desde su elección a la sede de Pedro, Juan Pablo II venía haciendo referencias constantes al valor salvífico del sufrimiento y no existe viaje (y ha realizado muchos en estos 17 años) en el que no aproveche para dirigirse a grupos de enfermos y recordarles esa enseñanza cristiana fundamental.

UNA VIDA MARCADA POR EL DOLOR

La biografía de Karol Wojtyła nos ayuda a entender mejor la enorme preocupación que muestra por el sentido del sufrimiento. Y es que el dolor ha dejado una profunda huella en su vida. Es suficiente recordar —en apretada síntesis— algunos episodios.

A los nueve años, Karol perdió a su madre. Siendo obispo de Cracovia la recordará en sus versos: «*Una voz que cantaba más allá, en la otra habitación... / Y fue después silencio*». Cuando tenía doce años muere su único hermano, Eduardo, que acababa de terminar los estudios de medicina: una terrible epidemia de escarlatina fue la causa. «*Así, a una edad relativamente temprana —cuenta— quedé huérfano de madre y convertido en hijo único*»¹. La segunda guerra mundial interrumpe sus estudios universitarios y se ve obligado a trabajar en unas canteras de piedra en una dura tarea, de jornada agotadora; un día de regreso del trabajo a casa, encuentra a su padre muerto; no queda ya nadie de su familia. Durante años tuvo ocasión de conocer a fondo y de sufrir en su propia carne los horrores de la guerra. Polonia, sufre la injusticia



«Es admirable ver con qué afecto saluda siempre a los enfermos».

y el terror de la dominación extranjera. Basta un dato: de 36 compañeros de clase del joven Karol, 18 murieron en los frentes de batalla y seis en campos de concentración. Dejando atrás sus años de sacerdote, obispo y cardenal de Polonia, llegamos al 13 de mayo de 1981: un atentado de todos conocido, le tuvo por dos veces al borde de la muerte, ocasionándole no pocos sufrimientos². Recientemente, una fractura de fémur, de la que todavía se recupera, le ha causado muchos dolores, como se ha podido apreciar a través de las cámaras de televisión.

Estamos pues, ante un hombre que ha saboreado lo que es el sufrimiento. Por eso cuando Juan Pablo II habla del dolor, físico o moral, lo hace no solamente con la autoridad que le confiere su condición de Pastor sino también con la experiencia que proviene de haber sentido en propia carne los zarzapos del dolor. Se entiende, por eso, que sean tan frecuentes en sus alocuciones las referencias a este tema. Es admirable ver con qué afecto saluda siempre a los enfermos, en las audiencias, saltándose incluso el protocolo. Y los enfermos están en su oración diaria, como cuenta en *Cruzando el umbral...*, pág. 40.

A él se debe la institución de la Comisión Pontificia para la Pastoral de los Agentes Sanitarios (1986), que ha tenido un

notable desarrollo y goza de gran predicamento, y la celebración el 11 de febrero, fiesta de la Virgen de Lourdes, de la Jornada Mundial del Enfermo (1992).

¿Cuáles son las claves del pensamiento de Juan Pablo II sobre el dolor? Además de la citada carta *Salvifici doloris* —que constituye un estudio teológico exhaustivo de gran calibre—, son tan abundantes las alocuciones sobre el tema a lo largo de todo su pontificado que no resulta fácil hacer un resumen. Intentos de recoger lo más destacado de su enseñanza han habido varios³. Aquí —con la obligada limitación de espacio— procuraremos recoger esa enseñanza en los siguientes puntos.

EN BUSCA DEL SENTIDO DEL DOLOR

La experiencia nos enseña —y los que trabajamos en el mundo sanitario lo vemos a diario— que el dolor o sufrimiento (empleamos ambos términos indistintamente, aunque en realidad no son sinónimos, cfr. E. Rojas, *Una teoría de la felicidad*, Dossat, Madrid, 1986, págs. 283-304) constituye un tema universal que acompaña al hombre a lo largo y ancho de su historia. En cierto sentido, coexiste con él en el mundo. Efectivamente, ningún hombre escapa a la experiencia del dolor. Su registro es tan común como misterioso. El dolor que comienza con la vida (las angustias del parto y el llanto del recién nacido es tan sólo el prelude), está presente a lo largo de su desarrollo (gracias a Dios casi siempre a intervalos, pues, como dice san Juan Crisóstomo, «Dios mezcla trabajos y dulzuras... ni los peligros ni los consuelos nos los da continuos», *Hom. sobre san Mateo*, 8) y sólo concluye con la muerte. Se puede decir que si no hubiera dolor no habría ni enfermos, ni médicos, ni enfermeras.

“Durante años, Karol Wojtyła tuvo ocasión de conocer a fondo y de sufrir en su propia carne los horrores de la guerra”

“La experiencia nos enseña que el dolor o sufrimiento constituye un tema universal que acompaña al hombre”

Pero la realidad es que «la vida humana es limitada y vulnerable, expuesta siempre al sufrimiento, amenazada constantemente por la enfermedad, el accidente o la desgracia»⁴. Al hablar de sufrimiento no hay que pensar sólo en el sufrimiento físico (enfermedades, guerras, epidemias, catástrofes), sino que también hay que tener en cuenta el sufrimiento moral (soledad, fracasos, etc.), tantas veces causado por la injusticia y egoísmo de los hombres.

Desde antiguo (baste recordar el libro de Job), el hombre se ha preguntado si tiene y, si lo tiene, cuál es, el sentido del dolor en su vida y en la vida del mundo. Al no encontrar una respuesta humana satisfactoria, muchas veces ha caído en la rebelión o en el nihilismo. Juan Pablo II, en su último libro *Cruzando el umbral de la esperanza*, hace alusión a esta rebeldía cuando le formulan esta pregunta: «¿Cómo se puede seguir confiando en Dios, que se supone Padre Misericordioso, en un Dios que —como revela el Nuevo Testamento y Usted repite con pasión— es el Amor mismo, a la vista del sufrimiento,

de la injusticia, de la enfermedad, de la muerte, que parecen dominar la gran historia del mundo y de la pequeña historia cotidiana de cada uno de nosotros?». Antes de responder, el propio Papa abunda en lo que denomina «cuadro sombrío» que ha encontrado incluso su expresión en la literatura (recuerda a autores tan conocidos como Kafka, Dostoiévski o Camus): «*tantos enfermos incurables en los hospitales, tantos niños disminuidos, tantas vidas humanas a quienes les es totalmente negada la felicidad humana...*» (pág. 78).

“La vida humana es limitada y vulnerable, expuesta siempre al sufrimiento”

“El Papa, para dar respuesta al misterio del sufrimiento, acude a la persona de Jesucristo clavado en la cruz”

Son interrogantes que se nos plantean todos los días. Tan-
tas veces los enfermos nos preguntan: ¿Qué sentido tiene la enfermedad?, ¿por qué precisamente a mí?, ¿por qué Dios me prueba de esta manera? No digamos nada de aquellos que se colocan en la perspectiva del Antiguo Testamento y protestan: ¿Qué mal he hecho para merecerme esto?, ¿por qué Dios me castiga cuando ya no he procurado hacer siempre el bien?...

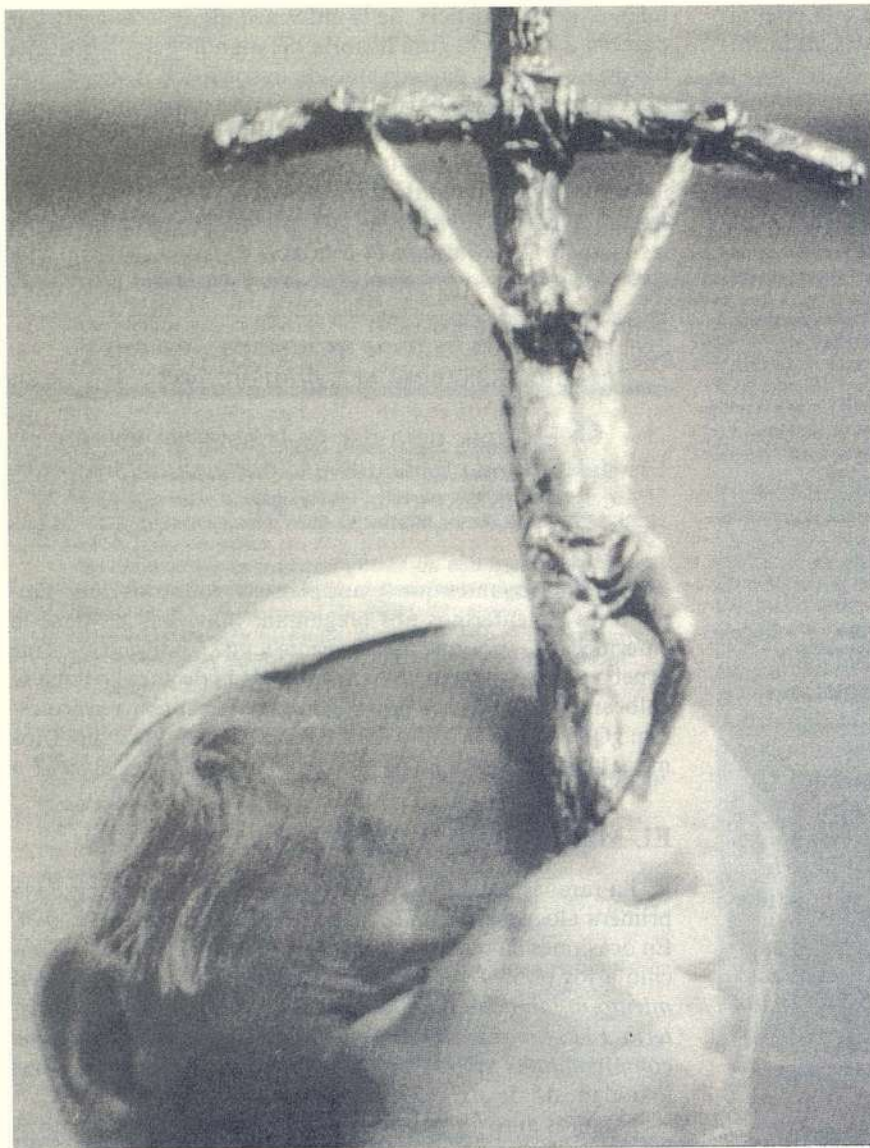
EL MISTERIO DEL DOLOR

La respuesta del Papa ha sido siempre la misma, desde la primera alocución en 1978 hasta lo que conocemos de 1994. En ocasiones ha recordado el Mensaje de los Padres del Concilio a los pobres y enfermos. «*Cristo no suprimió el sufrimiento ni tampoco ha querido desvelar enteramente su misterio. Él lo tomó sobre sí y esto es bastante para que nosotros comprendamos todo su valor*» (Mensaje del Concilio a la humanidad, n.º 5; cfr. Alloc. II-II-1983).

Estamos ante un *misterio*, el gran misterio del sufrimiento, que no podemos comprender ni explicar con solas razones humanas. Por ello, a la hora de dar una respuesta, el Papa acude a la persona de Jesucristo, pero a Cristo clavado en la Cruz. «*El escándalo de la Cruz sigue siendo la clave para la interpretación del gran misterio del sufrimiento, que pertenece de modo tan integral a la historia del hombre*» (*Cruzando el umbral...*, pág. 79). De modo que para entenderlo —al menos, para aceptarlo— hay que mirar al Hijo de Dios clavado en la Cruz por amor a los hombres: «*Cristo crucificado es una prueba de la solidaridad de Dios con el hombre que sufre*», «*Dios se pone de parte del hombre*» (*ib.*, pág. 79).

LA CRUZ DE CRISTO ILUMINA EL SENTIDO DEL DOLOR

Cuando nos preguntan sobre el porqué del dolor no tenemos respuestas racionales plenamente satisfactorias; en *Salvifici doloris* el Papa se refiere al valor humano del sufrimiento (cap. 3); pero la única respuesta definitiva es la que ofrece Cristo en la Cruz. Él, que es inocente, asume voluntariamente la muerte para salvar a la humanidad. «*El sufrimiento humano ha alcanzado su culmen en la pasión de Cristo. Y a la vez ésta*



«Cristo crucificado es una prueba de la solidaridad de Dios con el hombre que sufre».

ha entrado en una dimensión completamente nueva y en un orden nuevo: ha sido unida al amor (Salvifici doloris, 18). Cargándolo sobre sí, el Crucificado ha abierto para todo el dolor del mundo la perspectiva de la verdadera esperanza. La Cruz queda así transformada: se convierte en instrumento de salvación. Aquí se revela la auténtica omnipotencia de Dios: no una omnipotencia «milagrosa» y fulgurante, sino la de la Cruz, una omnipotencia crucificada, que por la muerte hace brotar la vida» (Aloc. 19-XII-1993).

Tan importante es esta enseñanza que —y ésta es doctrina común en todos los maestros de espiritualidad— que la ascética cristiana ha visto siempre en el dolor una de las formas más eficaces para lograr la identificación con Jesucristo. San Agustín recuerda como cada cristiano ha de unirse a la Pasión de Cristo, siendo el sufrimiento el medio para lograrlo. Lo narra con cierta gracia: «Muchos son mártires en cama. Yace el cristiano en el lecho, le atormentan los dolores, reza, no se le escucha, o quizá se le escucha, pero se le prueba y se le flagela para que sea recibido como hijo. Se hace mártir en la cama y le corona el que por él estuvo pendiente en la Cruz» (*Sermo*, 286, 8).

BIENAVENTURADOS LOS QUE SUFREN

A muchos hombres de nuestra época esta expresión suena casi a blasfemia. Sin embargo, la encontramos en el Evangelio como enseñanza de Jesucristo (cfr. Mat 5, 4). ¿Cómo hay que entenderla?

Es cierto que el dolor en sí mismo es un mal. Basta ver el rechazo universal que suscita casi instintivamente en todo hombre. Cristo mismo rogó al Padre en Getsemaní que le fuera quitado (cfr. Luc. 22, 42). Pero aunque se trate de un mal, de él puede salir indirectamente un bien, es posible convertirlo en algo bueno, con tal de que sea aceptado por amor (amor a Dios y a los demás). Sobre este punto insiste mucho, la

“ La ascética cristiana ha visto siempre en el dolor una de las formas más eficaces para lograr la identificación con Jesucristo ”

“ Insistimos, el puro amor al sufrimiento, repugna a la naturaleza humana ”

ascética cristiana cuando habla del dolor salvífico, del dolor redentor, del dolor como «bendición de Dios». Pero, insistimos, el puro amor al sufrimiento, repugna a la naturaleza humana. Personalmente, en mi tarea de capellán de hospital, me han ayudado mucho estas palabras: «El dolor físico, cuando se puede quitar, se quita. ¡Bastantes sufrimientos hay en la vida! Cuando no se puede quitar, se ofrece» (G. Herranz, *Palabras de monseñor Josemaría Escrivá a médicos y enfermos*, Pamplona, 1978). Algunos autores han hecho un análisis muy agudo de esta cuestión⁵.

¿Qué dice la doctrina cristiana sobre el valor salvífico del sufrimiento? Juan Pablo II lo plantea así: «¿Cómo se puede hablar de dolor salvífico? ¿El sufrimiento no es acaso un estorbo para la felicidad y motivo de alejamiento de Dios? Sin duda existen tribulaciones que desde el punto de vista humano, parecen carentes de significado alguno.

En realidad, si el Señor Jesús, Verbo encarnado, ha proclamado «Bienaventurados los que sufren» (Mt 5, 4), es porque existe un punto de vista más alto, el de Dios, que a todos llama a la vida y, aunque a través del dolor y de la muerte, a su Reino eterno de amor y de paz.

¡Feliz la persona que consiga que resplandezca la luz de Dios en la pobreza de una vida marcada por el sufrimiento o la minusvalía! (Aloc. 11-II-1994).

“ El Evangelio de Jesucristo da sentido y valor al sufrimiento e incluso puede convertirlo en un hecho gozoso ”

“ Una de las vías para comprender mejor a Dios es la enfermedad, es el camino que nos conduce a Dios ”

Así pues, a la luz de la fe se vislumbra el valor positivo de la cruz. En consonancia con toda la tradición cristiana, enseña el Papa que el dolor se entiende plenamente a la luz de la Cruz de Cristo que sufrió voluntariamente la Pasión para salvar a los hombres y enseñó que el dolor, libremente aceptado, es un don divino. No es por tanto correcto considerarlo como una desgracia y menos como un castigo, aunque así se haya considerado no pocas veces en la historia del pensamiento: «El sufrimiento nunca es enviado por Dios con la finalidad de aplastar, ni disminuir a la persona humana, ni de impedir su desarrollo. Tiene siempre la finalidad de elevar la calidad de su vida, estimulándola a una generosidad mayor» (Aloc 27-IV-1983). Para encontrar, pues, una respuesta al porqué del sufrimiento «tenemos que volver nuestra mirada a la revelación del amor divino, fuente última del sentido de todo lo existente»... «El amor es también la fuente más rica sobre el sentido del sufrimiento que es siempre un misterio». «Pero Cristo, sigue diciendo el Papa, nos hace entrar en el misterio y nos hace descubrir el porqué del sufrimiento en cuanto somos capaces de comprender la sublimidad del amor divino» (*Salvifici doloris*, 13).

Aún más: no se trata sólo de que el Evangelio de Jesucristo da sentido y valor al sufrimiento. Es que incluso puede convertirlo en un hecho gozoso. Así lo recordaba el Papa a un grupo de enfermos: «Hablaros de alegría a vosotros puede parecer contradictorio; y precisamente en ello reside el valor sor-

“ Si el cristiano no sabe conmoverse ante la desgracia del prójimo ni ofrecer su ayuda al hermano que sufre es que no ha calado en la esencia del mensaje de Cristo ”

prendente del mensaje cristiano. Trayendo Jesús la luz de la verdad por medio de la Revelación, y la salvación del pecado mediante la Redención, ha donado a la humanidad el tesoro de la alegría verdadera. Se trata de un gozo interior misterioso, regado a veces incluso con lágrimas, pero siempre vivo, pues nace de la certeza del amor de Dios que siempre es Padre, también en las circunstancias dolorosas y adversas de la vida; del valor meritorio y eterno de toda la existencia humana, especialmente de la que está atribulada y falta de satisfacciones humanas (Aloc. 11-II-1983).

EL BIEN QUE PUEDE HACER EL SUFRIMIENTO

En *Salvifici doloris*, enseña el Papa que «Cristo al mismo tiempo ha enseñado al hombre a hacer bien con el sufrimiento y a hacer bien al que sufre. Bajo este doble aspecto ha manifestado cabalmente el sentido del sufrimiento» (n.º 30).

Esto que podríamos llamar tarea instructiva del sufrimiento es un proceso que tiene diversas formas: maduración interior (de la polaridad rebeldía-maduración habla el Catecismo de la Iglesia Católica, n.º 1.501), mayor capacidad de comprensión, descubrimiento del valor de las cosas pequeñas de la vida, etc. Recuerdo lo que me dijo una enferma, curada de un tumor después de un año de duro tratamiento: «esta enfermedad me ha enriquecido». O, como la enfermedad puede mejorar un matrimonio o unir más a una familia. De la misma manera el dolor es capaz de abrir el corazón a Dios. Decía C. S. Lewis (existe sobre este autor un interesante film, *Tierras de penumbra*): «el dolor es el megáfono que Dios utiliza para despertar a un mundo de sordos»⁶. Recuerdo el testimonio de un ilustre médico, el doctor Ortiz de Landázuri: «la enfermedad siempre nos enseña muchísimo. Creo que al que pasa por la vida bruscamente, sin ninguna enfermedad, es indudable que Dios le dará otras posibilidades, pero lo que está claro es que una de las vías para comprender mejor a Dios es la enfermedad. Es el camino que nos conduce a Dios⁷. Por eso se entiende que Juan Pablo II haya dicho: «El sufrimiento está presente en el mundo para provocar amor, para hacer nacer obras de amor al prójimo, para transformar toda la civilización humana en la civilización del amor» (n.º 30).

HACER BIEN AL QUE SUFRE

Frecuentemente el Papa ha glosado la parábola del buen samaritano, señalando que este relato pertenece al evangelio del sufrimiento. El cristiano no puede «pasar de largo», indiferente, frente al dolor ajeno; si no sabe conmoverse ante la desgracia del prójimo ni ofrecer su ayuda al hermano que sufre es que no ha calado en la esencia del mensaje de Cristo.

También ha señalado algunas características de la acción

(Continúa en la página siguiente).

EL SUFRIMIENTO EN LA POESÍA ESPAÑOLA CONTEMPORÁNEA

José Antonio Carro Celada

La secuencia del Génesis que nos presenta al hombre sacando de las manos de Dios, modelado con barro, es un paradigma poético de la fragilidad humana, que ha tenido larga influencia en la expresión poética de la cultura occidental. En efecto, este relato bíblico, en cuanto género literario, ha de entenderse como un poema de la condición del hombre: sobre la dignidad de su origen y destino, y al mismo tiempo de su temporalidad quebradiza. Por eso el barro, el polvo y la ceniza van a ser símbolo universal de caducidad, primicia metafórica de la muerte, «el dolor de ser para la muerte»¹, como dice un verso de Carlos Bousoño. De ahí que esas grietas que se le abren a la vida del hombre son respondidas unas

veces con desesperación y otras con esperanzas, en todo caso siempre con evidente desconcierto, que de todo ello hay muestras en la poesía española contemporánea.

Ésta es la significación primera y la más honda de aquellos versos autobiográficos de Miguel Hernández:

«Me llamo barro aunque Miguel me llame.
Barro es mi profesión y mi destino»².

Tarjeta de identidad ésta que se completa con un desasosegante lugar de residencia, el sufrimiento que le acompaña como su propia sombra:

«Donde yo no me hallo no se halla
hombre más apenado que ninguno.
Sobre la pena duermo solo y uno,
pena es mi paz y pena mi batalla»³.

(Viene de la página anterior).

del buen samaritano: saber pararse junto al sufrimiento de otro hombre, de cualquier género que ése sea; ser sensible, «saber conmovirse» ante la desgracia del prójimo, y ofrecer ayuda en el sufrimiento. Una de ellas, referida expresamente a los médicos, es la de *contar* con el enfermo; lo ha narrado el doctor Crucitti, el cirujano italiano que le ha operado en tres ocasiones: «Recuerdo que la segunda vez que hubo que intervenirle quirúrgicamente, quiso estar presente en la consulta médica previa, y nos dijo: «no soy un objeto, sino un sujeto; y sería bueno que los médicos pensasen siempre eso cuando tienen delante a un semejante, a un ser enfermo»⁸.

EL DOLOR, FUENTE DE APOSTOLADO EN LA IGLESIA

Dada la estrecha semejanza que existe entre el cristiano que sufre y la Pasión de Cristo, se puede afirmar que la enfermedad, aceptada y ofrecida a Dios, es fuente de beneficios espirituales para toda la humanidad. Nada más ser elegido, Juan Pablo II acudió al Policlínico Gemelli a visitar a un amigo, al cardenal Deskur. Allí dijo: «Vosotros, los enfermos, sois muy poderosos, como Jesucristo en la Cruz. Me encomiendo a vuestras oraciones... Quiero que mi ministerio papal se apoye siempre en los que sufren» (Aloc. 17-X-1978). Con otras palabras lo ha repetido muchas veces: «Recordad siempre que vuestro dolor, si lo asociáis a los sufrimientos de Cristo, no sólo no será baldío, sino que será fuente privilegiada de salvación para todos los hombres» (Aloc. 18-VII-1979).

Alegra comprobar cómo muchos cristianos enfermos hacen suyas estas enseñanzas. Escribía una enferma: «Sé que puedo ayudar a muchas personas, con el ofrecimiento sereno de los dolores y dificultades que toda enfermedad lleva consigo».

BIBLIOGRAFÍA

1. AA. VV.: *Juan Pablo II, del temor a la esperanza*, vol. I, Solvinga, S. L., Madrid, 1993, pág. 30.
2. A. FROSSARD: *No tengáis miedo*, Plaza-Janés, Barcelona, 1982, págs. 231-261.
3. H. GARCÍA SEAGE y A. BENITO MELERO: *Juan Pablo II a los enfermos*, EUNSA, Pamplona, 1980; F. OSELLA: *La sofferenza nel Magistero di Giovanni Paolo II (1978-1982)*, Centro volontari Sofferenza, 1983; J. SÁNCHEZ GÓMEZ, *El sufrimiento humano en el Magistero de la Iglesia*, Univ. Pont. Comillas, Madrid, 1991; P. BETETA: *Una visita de Dios. El Papa consuela a los que sufren*, Rialp, Madrid, 1994.
4. CARTA PASTORAL DE LOS OBISPOS BASCOS: *Al servicio de una vida más humana*, Bilbao, 1992, n.º 17.
5. C. S. LEWIS: *El problema del dolor*, Rialp, Madrid, 1994; C. S. LEWIS: *Una pena en observación*, Anagrama, Barcelona, 1994; I. LARRAÑAGA: *Del sufrimiento a la paz*, Paulinas, Madrid, 1985; E. LEEN: *¿Por qué la Cruz?*, Rialp, Madrid, 1968; R. CUADRADO: *Los enfermos nos evangelizan*, Paulinas, Madrid, 1993; AA. VV.: *Vivir sanamente el sufrimiento*, EDICE, Madrid, 1994.
6. LEWIS: o. c. pág. 97, donde se recoge esa expresión.
7. *Nuestro Tiempo*, junio 1984, pág. 27; cfr. E. LÓPEZ-ESCOBAR y P. LOZANO: *Eduardo Ortiz de Landázuri, el médico amigo*, Palabra, Madrid, 1993.
8. AA. VV.: *Juan Pablo II, del temor...*, pág. 198.

La voz desolada de este hombre, capaz de escribir en su *Elegía a Ramón Sijé* que «tanto dolor se agrupa en mi costado, / que por doler me duele hasta el aliento»⁴, nos sitúa con estremecimiento ante la experiencia angustiosa del dolor.

Como contraste ahí está la voz de León Felipe que, también sobre la misma base fundacional de arcilla, elabora un silogismo poético en el que se advierte una visión esperanzada de la carne:

«Lo primero fue el barro...
¡El barro hecho de llanto!
¡el dolor de la tierra! (...)
Y el Verbo se hizo llanto
para levantar la vida.
El Verbo está en la carne
dolorida del mundo»⁵.

Y a continuación, la imagen de los ojos como «fuentes del llanto y de la luz». De tal modo que, aun cuando «estamos en el llanto»,

«toda la luz de la tierra
la verá un día el hombre
por la ventana de una lágrima...»⁶.

Ya están, pues, señaladas en dos veces —la de Hernández y la de León Felipe—, dos reacciones ante el sufrimiento: desolada una, esperanza la otra, aunque a veces convivan en un mismo poeta, se entrecrucen o se influyan.

Ya se sabe que en la lírica universal, y por supuesto en la española del presente siglo, el amor y la muerte forman caudales abundantes e incontenibles de poesía. Pero el dolor les sigue de cerca los pasos como ingrediente imprescindible de ambos. En el primero como «penas de amor» incluso como oponente léxico *amor-dolor* que se nutre de parecidas consonancias. Vendría por este camino toda una indagación del sufrimiento por la soledad, el desamparo, el vacío, tan presentes en la lírica del desamor. En el caso de la muerte la relación está mucho más clara por cuanto su acercamiento llega habitualmente de la mano del dolor físico y moral, se presenta como un deterioro, como un progresivo desguzamiento, durante el cual y a su término cabe la desesperación más inaguantable o la esperanza más prometedora, que en ese punto es donde se muestra, como un alivio, la actitud cristiana.

Todavía una precisión más a propósito de una curiosa preferencia de los poetas españoles. La palabra *sufrimiento* aparece estadísticamente con menos frecuencia que la palabra *dolor*, aun siendo utilizadas o entendidas las dos como sinónimas. Tal vez sea por razones de agresividad sonora, por su brevedad, por su acento agudo, por su predisposición a describir la intensidad de una agresión.

No todos los movimientos literarios ni todos los poetas conceden el mismo protagonismo al dolor, ni lo reflejan con igual contendencia. Si para Miguel de Unamuno, por ejemplo, el dolor y la enfermedad son un anticipo de iluminación, un paso obligado para la liberación de la carne; para Juan Ramón Jiménez es más bien una referencia estética y doliente, difusamente anímica. En el caso de la Generación del 27 nos hallamos ante un mundo fundamentalmente bien hecho (Vicente Aleixandre o Jorge Guillén) o monstruoso (Dámaso Alonso). La Generación del 36 aporta elementos humanizadores y religiosos. Los grupos poéticos más recientes mantienen esta veta aunque, sospechosamente, se va haciendo cada vez menos perceptible una poesía del dolor.

Pocos poetas han descrito el dolor, un dolor concreto y personal, con tanta precisión y agresividad como Dámaso Alonso.

En su libro *Hijos de la ira* hay un poema que explica detalladamente el recorrido corporal de un súbito dolor de madrugada:

«Vino, fino,
iba creciendo y en largos arcos se irradiaba.
Proyectaba raíces, que, invasoras,
se hinchaban en la carne,
desviaban, crujendo los tendones,
perforaban, sin astillar, los obstinados huesos durísimos»⁷.

Este dolor, que se ramifica «como un sauce» y galopa a sus anchas por su cuerpo, le hace gritar un «¡Ay!» agudo y solitario en mitad del poema, recurso expresivo con el que ya Miguel Hernández había jugueteado.

«Del ay al ay, por el ay,
a un ay eterno he llegado.
Vivo en un ay, y en un ay
moriré cuando haga caso
de la tierra que me lleva
del ay al ay trasladado»⁸.

La imagen del galope del dolor —en el poema de Dámaso son *galgos*— ha sido utilizada también por José Suárez Carreño, quien describe el dolor como un «alocado caballo que se agolpa»⁹ en su pecho, o por José Luis Martín Descalzo que suplica compasión ante tanto caballo galopante:

«¡Los caballos, los caballos, Dios mío!
He escuchado esta noche sus pisadas,
galopando hacia mí, en oleadas
como un viento de crines hacia el frío (...)
¿Son necesarios tantos para esta
batalla del morir? ¡Si yo no quiero
resistir a la furia de sus rayos!
Me dormiré sin esperar respuesta.
Tú sabes de sobra que te espero.
¡Sin caballos, Dios mío, sin caballos!»¹⁰.

La experiencia del dolor es tan antigua como el hombre, forma parte de su definición, es consecuencia de su temporalidad. Curiosamente tiempo y dolor se encuentran relacionados muchas veces en la vida de algunos poetas. Fue el indio peruano César Vallejo uno de los primeros, cuando estremecedoramente se atrevió a preannunciar el día de su muerte:

«Me moriré en París con aguacero
tal vez un jueves, como hoy, de otoño.
Jueves será, porque hoy, jueves, que proso
estos versos, los húmeros me he puesto
a la mala y, jamás como hoy, me he vuelto,
con todo mi camino a verme solo»¹¹.

Hay más casos. José Ángel Valente recuerda que en su cincuentenario tuvo «dolor costal y fuertes calenturas»¹². Y Miguel Hernández imagina, con falsilla barroca, un dolor canoso y envejecido:

«Si la sangre también, como el cabello,
con el dolor y el tiempo encaneciera,
mi sangre, roja hasta el carbunclo, fuera
pálida hasta el temor y hasta el destello»¹³.

A veces el dolor sirve para definir al completo la extensión de una vida. Así Gloria Fuertes dirá que todo lo aprendió en la cartilla del dolor¹⁴, y que

«a tantos días de dolor se muere uno,
ni la vida se va,
ni el corazón se para,
es el dolor acumulado el que,
cuando no lo soportas, él te aplasta»¹⁵.

La vivencia personal del dolor se siente como la desembocadura de una historia sufriente, como una interminable carrera de relevos cuyo testigo es el dolor. En sus *Poemas de dolor Antiguo*, Ildelfonso Manuel Gil rememora a cuantos

«lucharon anónimos, vencidos casi siempre,
vencidos, mas dejando su presencia en la sangre,
en la pulpa vital de los cuerpos más nuevos,
hasta llegar aquí, este sitio, esta hora,
a llorar y quejarse en este dolor mío»¹⁶.

Este dolor ancestral que se prolonga hoy —el anónimo y el personal— es la disculpa poética para darle nombre y apellidos, para reconocer de una vez que el dolor siempre ha encontrado acomodo en el hombre. Por eso Rafael Santos Torroella puede decir:

«No temáis. Todavía
cabe mucho dolor en cualquier hombre.
(...) Estamos sabiamente
hechos para sufrir,
con materiales duros, por la fuerte
mano artesana que hizo cada cosa»¹⁷.

Leopoldo Panero en su poema *El templo vacío* da un paso más y es capaz de afirmar en tono oracional que lo mejor de su vida es el dolor y que el Señor es quien levanta su carne:

«Lo mejor de mi vida es el dolor. ¡Oh lumbre
seca de la materia! ¡Oh racimo estrujado!
Haz de mi pecho un lago de clara mansedumbre.
¡Señor, Señor! Desata mi cuerpo maniatado»¹⁸.

Pero el dolor es una piedra de escándalo. Frente a él, siempre frente a él, el poeta reacciona dolorido. Con brusquedad o aceptación, con arrodillamiento o zozobra, con protesta o rebelión. A veces acusando a Dios. Busca, desconcertado, la causa del sufrimiento, alguien a quien culpar. Es Blas de Otero el más combativo, el más corrosivo, el más temerario. Se expresa con un lenguaje enormemente plástico e incisivo que parece sacarle de sus casillas. Lejos de la confesión de Luis Rosales, para quien «lo único que ha aprendido viviendo es que todo sentimiento verdaderamente profundo es doloroso»¹⁹, Blas de Otero se inquieta, anda buscando la gran respuesta: encontrar la causa del sufrimiento. Así lo explica en su *Encuesta*, con eficaces recursos irónicos:

«Quiero encontrar, ando buscando la causa del sufrimiento. La causa a secas del sufrimiento, a veces mojado en sangre, en lágrimas, y en seco muchas más. La causa de las causas de las cosas horribles que nos pasan a los hombres (...) Me pregunto quién goza con que suframos los hombres (...). Sabemos poco en materia de sufrimiento. Estamos muy orgullosos con nuestro orgullo, pero si yo les arguyo con el sufrimiento, no saben qué decirme. Mire usted en la guía telefónica, o en la Biblia, es fácil que allí encuentre algo.

Y agarro la biblia telefónica,
y agarro
con las dos manos la Guía de pecadores... y se caen
[al suelo los platos.

Desde los siete años
oyendo lo mismo a todas horas (...)
Pero del sufrimiento, como el primer día:
mudos y flagelados a doble columna. Es horrible»²⁰.

También para Jorge Guillén, cuya primera etapa poética consiste en un *Cántico*, el dolor es «sumo escándalo»²¹. Pero no le descompone, lo desafía estóicamente, ocultándolo tras una cósmica impasibilidad:

«He sufrido. No importa.
Ni amargura ni queja.
Entre salud y amor
gira y zumba el planeta»²².

En cambio cuando su cántico se convierte en *Clamor*, el dolor, que es siempre injusto, mina y hace tambalear la proyección divina del hombre:

«Lamentándose cruza quien padece dolor,
un dolor siempre injusto,
aplicado con saña
—absurda saña y saña del azar—
a destruir el ser y su entresijo
de afirmación divina»²³.

En cambio Juan Ramón Jiménez reacciona ante el dolor con una resignada conformidad, y adoptando formas expresivas de insistencia salmódica:

«Lo que vos queráis, Señor,
sea lo que vos queráis.
Si queréis que entre las rosas
ría hacia los matinales
resplandores de la vida,
sea lo que vos queráis.
Si queréis que entre los cardos
sangre hacia las insondables
sombras de la noche eterna,
sea lo que vos queráis.
Gracias si queréis que mire,
gracias si queréis cegarme,
gracias por todo y por nada,
sea lo que vos queráis.
Lo que vos queráis, Señor,
sea lo que vos queráis»²⁴.

No adopta la misma actitud Antonio Machado. Ante la enfermedad y la muerte de su joven esposa Leonor la aceptación se convierte en interpelación a Dios, en resistencia e incluso en amenaza:

«¡Ay! Señor, si me la llevas
ya no te vuelvo a rezar.
¡Ay!, mi corazón se rompe de dolor.
¿Es verdad que me le quitas?
No me la quites, Señor»²⁵.

Después, cuando ya la ha perdido, le declara a Dios su desolación y le reprocha este desgarro:

«Señor, ya me arrancaste lo que yo más quería,
oye otra vez, Dios mío, mi corazón clamar.
Tu voluntad se hizo, Señor, contra la mía.
Señor, ya estamos solos mi corazón y el mar»²⁶.

Reproches como éste, con mayor violencia verbal, abundan en la poesía de la posguerra. Es la lógica rebeldía ante el dolor. Es la necesidad de buscar un culpable, un responsable. Ya Dámaso Alonso le pregunta a Dios «qué huerto quieres abonar con nuestra podredumbre»²⁷. En parecidos tonos increpa a Dios Blas de Otero:

«Alzo la mano, y tú me la cercenas.
Abro los ojos: me los sajas vivos.
Sed tengo, y sal se vuelven tus arenas»²⁸.

Su encaramiento con Dios llega hasta el descaro. Le protesta por todo, pero también le pide compasión:

«Me haces daño, Señor. Quitá tu mano
de encima. Déjame con mi vacío,
déjame. Para abismo, con el mío
tengo bastante. Oh Dios, si eres humano,
compadécete ya, quita esa mano
de encima»²⁹.

Incluso, en el colmo de la desesperación, llega a decirle:

(...) «Quiero cortarte
las manos. Esas manos que son trojes
del hombre, y de los hombres que arrebatas»³⁰.

O a invocarle, aludiendo a nuestra absoluta fragilidad, con irónico tratamiento:

«Escucha como estoy, Dios de las ruinas.
Hecho un cristo, gritando en el vacío,
arrancando con rabia las espinas»³¹.

Estos sonetos, abruptos y contestatarios, son, por encima de su hilo argumental, un ejemplo de expresión angustiada, de quejido poético, de dolor insoportable que, pese a testificar una intensa lucha interior, no dejan de remitir a una visión trascendente de la vida.

No siempre la voz de Blas de Otero se inviste de desesperación. Hay un hermoso soneto, perteneciente a *Ángel fieramente humano*, en el que se dirige a Dios como salvador del hombre, solicitando inmortalidad y nueva luz para descubrirse «divino despojo». El poema renuncia a los tintes enérgicos, y se transforma en una oración, pero estilística y temperamentalmente llena de imperativos:

«Salva al hombre, Señor, en esta hora
horrorosa, de trágico destino;
no sabe adónde va, de dónde vino
tanto dolor, que en sauce roto llora.
Ponlo de pie, Señor, clava tu aurora
en su costado, y sepa que es divino
despojo, polvo errante en el camino;
mas que tu luz lo inmortaliza y dora.
Mira, Señor, que tanto llanto, arriba,
en pleamar, oleando a la deriva,
amenaza cubrirnos con la nada.
¡Ponnos, Señor, encima de la muerte!
¡Agiganta, sostén nuestra mirada
para que aprenda, desde ahora a verte!»³².

Con tono muy similar, cargado de un cierto escepticismo, ya se había expresado Luis Cernuda tratando de conmovir a Dios, instalado en «su divina indiferencia», para que escuche el doloroso murmullo de los hombres:

«Compadécete al fin, escucha este murmullo
que ascendiendo llega como una ola
al pie de tu divina indiferencia»³³.

Es muy común en la lírica española personificar el dolor, dirigirse a él como a un *otro* extraño que condiciona al hombre, como a un agresor que llega a desestabilizar nuestra existencia. Así se entienden esos vocativos dirigidos al dolor, como si fuera capaz de escuchar la queja. Juan Ramón Jiménez le pregunta, dándole cuerpo simbólico de pájaro:

«Dolor, dolor, ¿en qué rincón del alma anidas,
pájaro torvo y lúgubre de noches y de inviernos,
que aún por las mismas flores del árbol de las vidas
asomas el rencor de tus ojos eternos?»³⁴.

José Luis Martín Descalzo en su *Testamento del pájaro solitario*, hermosa y cristianísima autobiografía de su enfermedad, se encara con el dolor en un soneto. Le reconoce su fuerza para herirle, encarcelarle, atemorizarle; pero le niega el poder de anular su libertad y de desbaratar sus esperanzas:

«Nunca podrás, dolor, acorralarme.
Podrás alzar mis ojos hacia el llanto,
secar mi lengua, amordazar mi canto,
sajar mi corazón y desguazarme.
Podrás entre tus rejas encerrarme,
destruir los castillos que levanto,
ungir todas mis horas con tu espanto.
Pero nunca podrás acobardarme.
Puedo amar en el potro de tortura.
Puedo reír cosido por tus lanzas.
Puedo ver en la oscura noche oscura.
Llego, dolor, a donde tú no alcanzas.
Yo decido mi sangre y su espesura.
Yo soy el dueño de mis esperanzas»³⁵.

Siguiendo las huellas de una visión cristiana de la vida —siempre esperanzada y nunca derrotista— es bastante frecuente encontrar en la poesía española de este siglo todas las virtualidades del dolor y del sufrimiento, su capacidad para alumbrar transformaciones insospechadas en el hombre. Si el llanto y la luz tienen una misma fuente, el dolor y la alegría no están absolutamente reñidos, incluso viven en estancias contiguas, entre sí comunicables, y se pasa de una a otra con facilidad y hasta necesariamente. Esta interrelación la ha expresado José Hierro en estos versos:

«Tras el dolor consigue el alma
su plenitud»³⁶.
«Llegué por el dolor a la alegría.
Supe por el dolor que el alma existe.
Por el dolor, allá en mi reino triste,
un misterioso sol amanecía»³⁷.

Claudio Rodríguez opta por la paradoja. Define el dolor como algo accidental frente a la substancia de la alegría, con la intención de aplicar bálsamo en la hora del dolor:

«Déjame que te hable, en esta hora
de dolor, con alegres
palabras. Ya se sabe
que el escorpión, la sanguijuela, el piojo
curan a veces. Pero tú oye, déjame
decirte que, a pesar
de tanta vida deplorable (...)
el dolor es la nube,
la alegría, el espacio;
el dolor es el huésped,
la alegría, la casa»³⁸.

Efectivamente, el dolor tiene poder curativo y es una fuente de purificación, un método infalible de conocimiento. Nadie es igual después de haber experimentado el dolor. Carlos Bousoño afirma que el sufrimiento expresa al hombre y que «tras la experiencia dolorosa / es otro hombre el que nace»³⁹, aunque «no siempre, ciertamente / puede quien ha sufrido / resistir todo el peso de su sabiduría»⁴⁰. Entre las bondades que le atribuye al dolor está su sentido redentor y el milagro de conseguir una nueva mirada, más reflexiva y sabia:

«es así como ahora
puedo mirar,
tras el mundo habitual, un mundo ardiente. (...)
Un país nuevo, inmóvil en la luz,
tras de la oscuridad de mi agitada noche»⁴¹.

Para Luis Rosales «el dolor es un don porque nadie regresa del dolor y permanece siendo el mismo hombre»⁴². Es precisamente este poeta el que de una manera reiterada se ha ocupado del dolor con una expresividad —narrativa y convencional— sorprendente. Son, sin duda, sus reflexiones un ejemplo de alta tensión poética y creyente, fruto de una sensibilidad profundamente cristiana. Aparece en sus versos, en primer lugar, el compadecimiento ante el dolor, la oración a Dios por los que sufren,

«los semovientes náufragos que saben
que el roce irá gastando día tras día
su materia carnal...»⁴³.

Sabe que no es el dolor, sino el miedo al dolor lo que nos hace crueles y nos socava las almas, «como socavan la ribera las orillas del río»⁴⁴. No se habla aquí de referencias aprendidas en libros de psicología sino de observación personal y doméstica, ya que el dolor nunca nos desampara, vive en nuestra propia casa:

«y yo he sentido, desde hace mucho tiempo, que el curso
[de sus aguas nos arrastra,
nos mueve las raíces sin dejarnos crecer,
y nos empuja, y nos sigue empujando hasta juntarnos
en esta habitación que es un rescoldo mío,
en esta habitación en donde las baldosas se levantan
y ya no vuelven a encajar en su sitio [un poco
como la tierra removida ya no cabe en su hoyo:
tal vez a nuestro cuerpo ocurra igual,
pero, ¡no importa!»⁴⁵.

Pero es el miedo al dolor el causante de tantos desajustes, porque el dolor, ante todo

«... es la ley de gravedad del alma,
llega a nosotros iluminándonos,
deletreándonos los huesos»⁴⁶.

No hay ninguna alusión en la poesía de Rosales que no descubra y promulgue caminos esperanzadores. El dolor es un don, un largo viaje «que nos conduce hacia el país donde todos los hombres son iguales»⁴⁷:

«es un largo viaje que nos acerca siempre vayas
es un largo viaje con estaciones de regreso, [a donde vayas,
con estaciones que no volverás nunca a visitar
donde nos encontramos con personas,
que no han sufrido todavía. [improvisadas y casuales,
Las personas que no conocen el dolor son como
[las iglesias sin bendecir»⁴⁸.

He aquí una hermosísima frase que le atribuye al dolor una capacidad sacralizadora. El dolor, dirá en su poema *Misericordia*,

«... no es la sombra de tu cuerpo, sino tu cuerpo mismo,
¡tu cuerpo de cristal encendido tan claro!
¡Oh, Señor, transido en dulce lumbre,
el dolor es la llama de tu visitación»⁴⁹.

Es, con otras palabras, la «suprema quemadura»⁵⁰ de que habla Juan Bautista Bertrán o la «pura brasa»⁵¹ de un soneto paneriano.

Hay un pudor especial en casi todos los poetas a la hora de contar su propia experiencia de dolor. Al menos, no se ras-trean muchas alusiones a la propia enfermedad, aunque algunas expresiones poéticas la dan por supuesto o la insinúan. Hay, sin embargo, algunas menciones hospitalarias. Rosales describe con frialdad prosaica una estancia postoperatoria en un sanatorio⁵², pero con inolvidable calor el testimonio de otros enfermos. Cuenta, incluso, el nacimiento del amor al borde del lecho de un enfermo⁵³, se refiere también al acompañamiento del que sufre, dice que «donde hay dolor hay dos»⁵⁴ y pone en boca de un moribundo estas palabras:

«Ayúdame a morir un poco. Un poco nada más.
[Basta con que me oigas.

Sólo me queda Dios,
es como un perro que me lame y me limpia
[la vida y las palabras.
Cuando me calle puedes decir amén»⁵⁵.

En cambio sí abundan las alusiones a compartir el dolor y a acompañar el dolor de los demás. Así ha de leerse la nana de Miguel de Unamuno a su hijo enfermo⁵⁶. O aquellos versos de Juan Ramón Jiménez a su hermana:

«Tú me mirarás llorando
y yo te diré: no llores. (...)
Tú me mirarás sufriendo,
yo sólo tendré tu pena»⁵⁷.

Esta demanda de solidaridad ante el dolor y las contrariedades la expresa también Rafael Alberti en este poemilla de corte popular, pero de largo alcance:

«Amigo de la pena,
amigo, amigo:
que el dolor solo, mira,
no sea sólo de tu amigo. (...)
Cuando el tragal se duele,
amigo, amigo,
se duele todo el trigo»⁵⁸.

O este inquietante poema de Antonio Gamoneda que bien podría resumirse en los dos últimos versos, trascendiendo la anécdota familiar:

«Nació mi hija con el rostro ensangrentado
y no me la dejaron ver despacio.
Nació mi hija con el rostro ensangrentado
pero me la quitaron de las manos.
Mi hija ahora ya va a hacer tres años
y habla conmigo y ella ve mi rostro.
Mi hija ahora ya va a hacer tres años
y canta y piensa pero ve mi rostro.
Yo ahora ya no me pregunto
por qué se ama a un rostro ensangrentado»⁵⁹.

Por muchos de los ejemplos mencionados vemos que los poetas eligen con frecuencia plantillas literarias de raigambre bíblica, incluso ensayan miméticamente entonaciones sálmicas. Emplean las formas vocativas, dirigidas a Dios, de quien solicitan compasión y fuerza para afrontar el trance del dolor. Por otra parte menudean los recursos poéticos repetitivos (las reduplicaciones, las anáforas y una especie de versificación paralelística) plenamente acordes con una plasticidad de la insistencia. A veces también, para reflejar el desajuste del dolor, la expresión poética adopta quebrantamientos de lenguaje.

La necesidad de convivir con el dolor, en cuanto constituye una manifestación de nuestra fragilidad, es una realidad presente en numerosos poetas, especialmente en los que se orientan por un contexto cristiano. Carlos Bousoño dirá, por ejemplo:

«Dame la mano, sufrimiento, dolor, amigo mío.
Dame la mano una vez más y sé otra vez mi compañero
como lo fuiste tantas veces en el oscuro atardecer»⁶⁰.

Martín Descalzo afirmará que «el dolor es parte del oficio» y «tiene siempre un plato» en su mesa⁶¹. Para José Luis Hidalgo hasta el vivir le dolerá «como le duele al árbol crecer sobre sus plantas»⁶². Miguel Hernández expresará con patetismo la domiciliación del dolor en su vida:

«Lo que he sufrido y nada todo es nada
para lo que me queda todavía
que sufrir, el rigor de esta agonía
de andar de este cuchillo a aquella espada»⁶³.

Para afrontar el dolor hay que estar preparado, porque en última instancia, como escribió Rosales en *Diario de una resurrección*, «hay personas que no saben que sufren y hay personas que no saben sufrir / como hay lugares en el mundo donde nunca ha volado una paloma»⁶⁴.

Estos versos ya anticipan una posible lectura del dolor, una forma de vivirlo, de encontrarle un sentido, no sólo de verlo como una agresión sino de descubrir en él una visitación, cargada de esperanza, de iluminación, de encontrar en él una chispa de luz. Y esto sí que es universal en la poesía. En medio del dolor, de su descripción, aparece a menudo el contrapeso. Así Vicente Aleixandre, cuando escribe sobre el *Destino de la carne*, dice «que acaso nació para ser chispa de luz», «mar-chitamente eterna»⁶⁵. Y Luis Cernuda, cuando dice que «si con dolor el alma se ha templado, es invencible»⁶⁶.

Y por fin la vivencia de un dolor iluminado cristianamente. Alejado de la desesperación, viviendo en paciente espera y con impaciente esperanza. Las referencias son casi todas ellas rezadas. Rafael Morales solicita —invocando al Señor— el sustento del corazón de Dios para alejar el sufrimiento o poderlo soportar:

«Aniquila, Señor, corta, cercena
esta angustia del hombre, esta porfía;
danos, Señor, tu corazón por guía,
tu sangre que enamora y enajena.
Mas si el sufrir, Señor, es merecido,
no nos quites ni el llanto ni el lamento,
ni el amoroso corazón herido.
Pero danos también como sustento
tu corazón, tu vida, tu latido,
tu divino calor por alimento»⁶⁷.

Ese alimento divino para superar la soledad, para cauterizar el corazón herido, se convierte para Ramón de Garcíasol en petición de luz:

«Pido con voz de sangre por mis ojos,
con voz de madre por mis ojos vengo,
con voz crucificada en mis temores
pido, Señor, más luz: ahora espero»⁶⁸.

Para Martín Descalzo se centra en una triple formulación del verbo esperar que se resume en estos dos versos:

«Y, aunque sé que me estoy desmoronando,
voy a esperar, sigo esperando, espero»⁶⁹.

La espera es como un alargamiento de la mirada para Manuel Altolaguirre, pues desde su alto dolor otea una realidad liberadora que se extiende más allá del ocaso:

«Era mi dolor tan alto
que miraba al otro mundo
por encima del ocaso»⁷⁰.

Y como telón final este poema de José Ángel Valente, de su libro *Poemas a Lázaro*, en el que cuenta la trayectoria del hombre, que va perdiendo altura y ganas de vivir, pero que siempre tiene la posibilidad de ascender y caminar y transformar la vida:

«Cae la noche.
El corazón desciende
infinitos peldaños.
enormes galerías,
hasta encontrar la pena.
Allí descansa, yace,
allí vencido,
yace su propio ser.
El hombre puede
cargarlo a sus espaldas
para ascender de nuevo
hacia la luz penosa-
mente: puede caminar para siempre,
caminar...
¡Tú que puedes,
danos nuestra resurrección de cada día!»⁷¹.

BIBLIOGRAFÍA

1. CARLOS BOUSOÑO: *Selección de mis versos*. Madrid, Cátedra, 1990, pág. 90.
2. MIGUEL HERNÁNDEZ: *Obra Poética Completa*. Bilbao, Zero, 1976, pág. 221.
3. *Ibid.*, pág. 216.
4. *Ibid.*, pág. 230.
5. LEÓN FELIPE: *Antología rota*. Buenos Aires, Losada, 1957, páginas 72-73.
6. *Ibid.*, pág. 73.
7. DÁMASO ALONSO: *Antología de nuestro monstruoso mundo*. Madrid, Cátedra, 1985, pág. 128.
8. MIGUEL HERNÁNDEZ: *Obr. cit.*, págs. 168-169.
9. JOSÉ SUÁREZ CARREÑO, en: *Antología de Adonais*. Madrid, Rialp, 1953, pág. 106.
10. JOSÉ LUIS MARTÍN DESCALZO: *Testamento del pájaro solitario*. Estella, Verbo Divino, 1991, pág. 66.
11. CÉSAR VALLEJO: *Poemas humanos*. Madrid, Castalia, 1987, pág. 134.

12. JOSÉ ÁNGEL VALENTE: *Entrada en materia*. Madrid, Cátedra, 1989, pág. 187.
13. MIGUEL HERNÁNDEZ: *Ob. cit.*, pág. 223.
14. GLORIA FUERTES: *Poesía*. Barcelona, Plaza & Janés, 1975, página 215.
15. GLORIA FUERTES en: *Poesía Hispánica 1939-1969*. Barcelona, El Bardo, 1970, pág. 246.
16. ILDEFONSO MANUEL GIL en: *Antología de Adonais*. Madrid, Rialp, 1953, pág. 99.
17. RAFAEL SANTOS TORROELLA en: *Antología de Adonais*. Madrid, Rialp, 1953, pág. 117.
18. LEOPOLDO PANERO: *Obras Completas*. Vol. I, Madrid, Cultura Hispánica, 1973, pág. 145.
19. LUIS ROSALES: *Contenido del corazón*. Madrid, Cultura Hispánica, 1969, pág. 30.
20. BLAS DE OTERO: *Ancia*. Madrid, Visor, 1992, págs. 68.
21. Sobre el dolor en la poesía de Jorge Guillén: Cfr. CONCHA ZARDOYA: *Poesía española contemporánea*. Madrid, Guadarrama, 1961, págs. 287-296.
22. JORGE GUILLÉN: *Cántico*. Madrid, Anaya-Muchnik, 1993, página 77.
23. JORGE GUILLÉN: *Clamor. Maremagnum*. Buenos Aires, Ed. Sudamericana, 1957, pág. 187.
24. JUAN RAMÓN JIMÉNEZ: *Antología poética*. Madrid, Magisterio Español, 1974, pág. 54.
25. Publicado en «*Abc*» Literario (26-VIII-1989) como inédito.
26. ANTONIO MACHADO: *Poesías Completas*. Madrid, Espasa Calpe-Fundación Antonio Machado, 1988, pág. 546.
27. DÁMASO ALONSO: *Antología de nuestro monstruoso mundo*. Madrid, Cátedra, 1985, pág. 93.
28. BLAS DE OTERO: *Ángel fieramente humano*. Buenos Aires, Losada, 1973, pág. 42.
29. BLAS DE OTERO: *Ángel fieramente humano y Redoble de conciencia*. Buenos Aires, Losada, 1973, pág. 113.
30. *Ibid.*, pág. 114.
31. BLAS DE OTERO: *Ancia*. Madrid, Visor, 1992, pág. 54.
32. BLAS DE OTERO: *Ángel fieramente humano...* págs. 83-84.
33. LUIS CERNUDA: *Las nubes*. Madrid, Cátedra, 1991, pág. 91.
34. JUAN RAMÓN JIMÉNEZ: *Primeros libros de Poesía*. Madrid, Aguilar, 1959, pág. 836.
35. JOSÉ LUIS MARTÍN DESCALZO: *Testamento del pájaro solitario*. Estella, Verbo Divino, 1991, pág. 68.
36. JOSÉ HIERRO: *Antología poética*. Madrid, Espasa Calpe, Col. Austral, 1993, pág. 102.
37. *Ibid.*, pág. 111.
38. CLAUDIO RODRÍGUEZ: *Desde mis poemas*. Madrid, Cátedra, 1992, pág. 182.
39. CARLOS BOUSOÑO: *Selección de mis versos*. Madrid, Cátedra, 1990, pág. 105.
40. *Ob. cit.*, l. c.
41. *Ob. cit.*, pág. 190.
42. LUIS ROSALES: *La casa encendida*. Madrid, Doncel, 1971, página 164.
43. *Ob. cit.*, pág. 59.
44. *Ob. cit.*, pág. 166.
45. *Ob. cit.*, págs. 166-167.
46. *Ob. cit.*, pág. 166.
47. *Ob. cit.*, pág. 164.
48. *Ob. cit.*, pág. 163.
49. LUIS ROSALES: *Abril*. Madrid, Cruz y Raya, 1935, pág. 115.
50. *Ob. cit.*, pág. 1914.
51. LEOPOLDO PANERO: *Obras Completas*. Vol. I, Madrid, Cultura Hispánica, 1973, pág. 227.
52. LUIS ROSALES: *Un rostro en cada ola*. Málaga, Rusadir, 1982, págs. 98-99.
53. LUIS ROSALES: *Diario de una resurrección*. Madrid, Fondo de Cultura Económica, 1979, págs. 38-40.
54. LUIS ROSALES: *Contenido del corazón*. Madrid, Cultura Hispánica, 1969, pág. 27.
55. LUIS ROSALES: *Diario de una resurrección...* pág. 39.
56. MIGUEL DE UNAMUNO: *Poesías Completas*. Vol. I, Madrid, Alianza Tres, 1987, págs. 123-124.
57. JUAN RAMÓN JIMÉNEZ: *Primeros Libros de Poesía*. Madrid, Aguilar, 1959, pág. 478.
58. RAFAEL ALBERTI: *Poemas del destierro y de la espera*. Madrid, Espasa Calpe, Col. Austral, 1978, págs. 56-57.
59. ANTONIO GAMONEDA: *Edad*. Madrid, Cátedra, 1988, pág. 177.
60. CARLOS BOUSOÑO: *Selección de mis versos*. Madrid, Cátedra, 1990, pág. 189.
61. JOSÉ LUIS MARTÍN DESCALZO: *Nacido de mujer*. Estella, Verbo Divino, 1992, pág. 25.
62. JOSÉ LUIS HIDALGO, antologado en: *Cuatro poetas de hoy*. Madrid, Taurus, 1960, pág. 28.
63. MIGUEL HERNÁNDEZ: *Obra Poética Completa*. Bilbao, Zero, 1976, pág. 225.
64. LUIS ROSALES: *Diario de una resurrección...* pág. 44.
65. VICENTE ALEIXANDRE: *Obras Completas*. Vol. I, Madrid, Aguilar, 1978, pág. 58.
66. LUIS CERNUDA: *Antología*. Madrid, Cátedra, 1981, pág. 169.
67. RAFAEL MORALES, en: *Libro de oro de la poesía en lengua castellana*. Vol. II, Barcelona, Ed. Juventud, 1970, página 1208.
68. RAMÓN DE GARCÍASOL, en: *Antología de Adonais*. Madrid, Rialp, 1953, pág. 110.
69. JOSÉ LUIS MARTÍN DESCALZO: *Testamento del pájaro solitario...* pág. 26.
70. MANUEL ALTOLAGUIRRE: *Poesías Completas*. Madrid, Cátedra, 1987, pág. 171.
71. JOSÉ ÁNGEL VALENTE: *Entrada en materia*. Madrid, Cátedra, 1989, pág. 58.

IV.

Respuesta Pastoral

LH

IV-1

CÓMO TRATAR CON LOS JÓVENES EL TEMA DEL SUFRIMIENTO

CATEQUESIS DE JÓVENES

Herminio Otero y Antonio Sánchez

El dolor y el sufrimiento están presentes en la historia de las personas. La propia experiencia nos confirma a cada uno la realidad del dolor y el sufrimiento en la vida.

Hay sufrimientos físicos y morales.

Algunos son consecuencia de nuestra propia naturaleza: la enfermedad, la debilidad física, los achaques de la edad, la pérdida de un ser querido...

Otros obedecen a causas naturales: desastres naturales, víctimas de inundaciones, terremotos...

Algunos son ocasionados por el abuso de la libertad del hombre sobre los demás o sobre sí mismo: opresión, violencia, abuso de poder, violaciones, droga, alcoholismo...

Y hay también sufrimientos que provienen de la entrega y el servicio a los demás: sacrificio de una madre junto a su niño enfermo, privaciones de un misionero o un voluntario por atender a los más desheredados...

Los jóvenes también sufren. Más de lo que pudieran sugerir las apariencias ante su plenitud vital y alegría desbordante.

¿Cómo vivir hoy humanamente el propio sufrimiento?

¿Cómo reaccionar ante el dolor de los demás?

Esta Catequesis pretende enfrentar a los jóvenes con su propio dolor, con el sufrimiento a su alrededor...*

Y enseñarles a encontrarle sentido, un porqué y un para qué, al estilo de Jesús, y a aliviarlo, si es posible, derramando sobre las llagas del que sufre el bálsamo del amor.

OBJETIVOS

1. Tomar conciencia de la realidad del dolor en nuestra vida y en la vida de otros jóvenes.
2. Tratar de averiguar las causas posibles y, si está en nuestra mano, aplicarle soluciones.
3. Sensibilizarnos ante la presencia de numerosos enfermos y personas que sufren a nuestro alrededor.
4. Analizar la postura de Jesús frente al dolor y a los enfermos, y revisar a su luz, nuestras propias actitudes y conducta frente al sufrimiento propio o ajeno.
5. Acercarnos a los que sufren con nuestra presencia y compañía y aliviar el dolor con más amor.

ABRIR LOS OJOS ANTE LA REALIDAD DEL SUFRIMIENTO

Es verdad que sufres; pero otros sufren junto a ti

El sufrimiento de los jóvenes

Los jóvenes también sufren. Más de lo que se puede pensar. Podemos tratar de que enumeren ellos la lista de sus sufrimientos físicos o psicológicos. Siempre es mejor partir de su vida, de su realidad, que darle nosotros la lista ya hecha. Pero a veces les cuesta romper el hielo y afrontar directamente, en lluvia de ideas, la lista de sus posibles sufrimientos. Por ello podemos valernos del método indirecto sugerido en la ficha adjunta *Completamiento de frases incompletas*.

SUFRIMIENTO DE LOS JÓVENES

Para realizar el ejercicio

1. Repartir una copia de la ficha siguiente para cada dos.
2. Por parejas uno va diciendo la frase y la concluye con lo que en ese momento espontáneamente le sale, sin pensarlo demasiado. La otra persona escucha con atención.
3. Después se cambian los papeles: la otra persona escucha y el primero habla.
4. Al final comentan entre ellos lo que ha salido y los sentimientos que han experimentado.
5. Por último, todos juntos comentan en grupo lo que ha salido y qué han sentido y descubierto al hacer este ejercicio.

Completar las frases siguientes

- Soy joven y me gusta la vida pero, a veces...
- Como joven siento a veces que...
- Lo que me ha causado mayor dolor en mi vida es...
- A veces me da pena de...
- Lo que más temo en la vida es...
- Yo pienso que lo que más hace sufrir a los jóvenes es...
- Lo que más me ha hecho sufrir a mí ha sido...
- Hoy también sufro porque...
- Cuando veo a alguien que sufre yo...
- Si estuviera enfermo durante un año, yo...
- Si tras un accidente grave me quedara parálítico, yo...
- Si me anunciaran que tenía un cáncer irreversible, yo...

* La Catequesis puede desarrollarse en tres sesiones o en un Encuentro/Convivencia en torno al tema del dolor.

Eliminar sufrimientos inútiles

A veces sufrimos porque las metas que nos fijamos o nos fijan los demás no se corresponden con la realidad; nos amarga la envidia, o la publicidad suscita en nosotros apetencias inalcanzables. Según la concepción budista el deseo es causa del sufrimiento: eliminado el deseo, se elimina también el sufrimiento. Una auténtica filosofía humanista y cristiana nos pide la aceptación de nosotros mismos —ser lo que somos— y el vivir con alegría nuestra propia identidad.

Quizás pueda ayudarnos a entendernos mejor y eliminar parte de nuestros sufrimientos inútiles el ejercicio siguiente:

PARA ELIMINAR EL SUFRIMIENTO

1. Incluir en la primera columna la lista de mis deseos.
2. Expresar en la segunda la motivación que los suscita: opción personal (OP); influencia del ambiente (IA); necesidades artificiales creadas por la publicidad (NAP).
3. Tercera columna: sufrimientos que me ocasiona el deseo, si no lo puedo alcanzar.
4. Causas que impiden la consecución de ese deseo.
5. Soluciones o actitud concreta más adecuada en cada caso.

1	Deseos	Motivación	Sufrimientos	Causas	Solución
2					
3					
4					
5					
...					

Mucha gente sufre a nuestro alrededor

Hay mucha gente que sufre a nuestro alrededor. Cada día el periódico o la tele nos traen noticias del mundo del dolor: hambre, guerras, catástrofes naturales, accidentes, violencia, sida, terrorismo... Pero nosotros volvemos la vista y no queremos enterarnos...

Podemos invitar a los jóvenes a hacer una selección de noticias que nos hablen del mundo del dolor, recortando fotos o titulares en diversos periódicos o semanarios. Pueden exponerse en un mural o cartelón grande elaborado por grupos.

Otra modalidad posible es dividirlos en grupos y tratar de hacer relación del sufrimiento de la gente por continentes: en Europa, en Asia, en África, etc. O por barrios o estamentos de la sociedad: barrios residenciales, suburbios, zonas rurales... Que no se ciñan sólo al dolor físico, que intenten personalizar al máximo: niños abandonados, gente con hambre, adolescentes incomprendidos, jóvenes en la prostitución, matrimonios rotos, enfermos de hospitales, desahuciados del sida, ancianos solos...

Importa que tomen conciencia de que no sólo ellos sufren sino que mucha otra gente sufre, y más, a su alrededor.

Al final tienen que flotar dos o tres preguntas:

1. Todo esto, ¿por qué? ¿Cuáles son las causas de todo este dolor? ¿Tiene algún sentido?
2. Y tanto sufrimiento, ¿para qué? ¿Nos interpela de algún modo el sufrimiento de los demás?

JESÚS FRENTE AL DOLOR Y LA ENFERMEDAD

Jesús no quiere el dolor pero lo acepta en sí mismo y lo combate en los demás

Introducción

El dolor está presente en nuestras vidas. Y vemos que muchos otros sufren a nuestro alrededor. La historia del hombre sigue siendo una historia de sufrimientos, fracasos y penas. Pero Jesús ¿pasó también por esta experiencia del dolor? ¿Cómo lo vivió él? Y ¿cuál fue su actitud frente al dolor y al sufrimiento de los demás?

Jesús se sometió al dolor como nosotros

Jesús quiso ser semejante a nosotros «en todo menos en el pecado». Jesús no ama el sufrimiento ni lo busca, pero sabe aceptarlo, cuando lo encuentra en su propia vida y lo asume como ocasión de mostrar su amor y confianza en el Padre (Jn 14, 31; Lc 23, 46) y su amor y solidaridad incondicional a los hombres (Lc 23, 34). En el Evangelio se nos presenta como un hombre que vive la vida en plenitud, con una profunda alegría interior que le brota de la vivencia gozosa del Padre y de su dedicación a la causa del Reino, la pasión de su vida.

Pero esta vivencia no le priva de la experiencia propia del dolor ni le aleja del sufrimiento de la gente que vive a su alrededor.

Ya desde niño experimenta el rigor de los elementos por la falta de alojamiento adecuado (Lc 2, 7), el dolor de la circuncisión (Lc 2, 21), las incomodidades de la persecución y el exilio (Mt 2, 14-15), la fatiga que proviene del trabajo en el taller...

En su vida pública siente el hambre (Mt 14, 4, 2), el cansancio (Jn 4, 6), la sed (Jn 4, 7), la incompreensión de los suyos, la persecución por parte de quienes ostentan el poder religioso y civil de su tiempo.

Pero es, sobre todo, en su Pasión donde Jesús de Nazaret se nos presenta como el «varón de dolores». En ella Jesús vive la más viva experiencia de dolor y sufrimiento en todos los aspectos de su personalidad humana.

Podemos iniciar el contacto directo de los miembros del grupo con los textos que nos reflejan tres aspectos de la pasión y el sufrimiento experimentado por Jesús:

- **La Pasión del corazón:** traición de Judas, abandono de sus amigos, negación de Pedro, dolor de su Madre, fracaso de su predicación, soledad y abandono, burlas de sus enemigos...
- **La Pasión de su honor:** vergüenza de su dignidad mancillada, burlas de los soldados, degradación ridícula de tribunal en tribunal, humillación al ser pospuesto a Barrabás, exposición vergonzosa ante la plebe, insultos e imprecaciones mientras agoniza en la cruz...
- **La Pasión de la sangre:** sudor de sangre en el Huerto, golpes de la soldadesca, flagelación, coronación de espinas, camino hacia el Calvario con la cruz auestas, expolio de las vestiduras adheridas a su cuerpo en llaga viva, crucifixión, lenta y angustiosa agonía, muerte por asfixia en la cruz...

CÓMO SUFRIÓ JESÚS

1. Dividir los miembros de la catequesis en tres grupos.
2. Cada grupo busca los textos correspondientes a uno de los tres aspectos de la pasión de Jesús.
3. Hace un breve comentario intentando cotejar los sufrimientos de Cristo, con los experimentados por los jóvenes en el aspecto que le ha correspondido.
4. Puesta en común de estos comentarios y de los sentimientos experimentados por los miembros del grupo.

JESÚS		LOS JÓVENES
Pasión del corazón	Mt 26, 36-46 Mc 14, 32-42 Lc 22, 39-46	Sufrimiento psicológico
Pasión de su honor	Mt 26, 14-16 Mt 26, 47-69 Mt 27, 11-45	Sufrimiento moral
Pasión de la sangre	Mt 27, 27-35 Lc 23, 33-46 Jn 19, 1-30	Sufrimiento físico

Jesús frente al dolor de los demás

- Jesús se conmueve y se identifica con los que sufren (Mt 9, 36; 14, 14; 15, 32; 25, 35-40).
- Jesús se acerca a los enfermos con amor:
 - a) Unas veces ellos salen a su encuentro (Mt 9, 27).
 - b) Otras, son traídos por los familiares o amigos (Mc 2, 4).
 - c) En ocasiones es el mismo Jesús quien se acerca a ellos o los llama (Lc 13, 12; 18, 40).
- Jesús los acoge, los reintegra en la vida social y les devuelve la salud (Mt 15, 28; Mc 1, 41; 7, 34-35; 8, 2; Lc 18, 42; Jn 5, 6-8).
- Jesús, no sólo cura la enfermedad, sino que libera de la culpa y abre a la amistad con Dios (Mc 2, 5; 7, 34; Jn 5, 14).
- Jesús nos dice cuál debe ser la relación con el que sufre: No pasar de largo, sino pararse junto a él, entrar en sintonía con él —com-padecerse— y prestarle ayuda, vendar sus heridas y acompañarle a quien pueda curar su enfermedad (Lc 10, 29-37).

Estas actitudes de Jesús frente al dolor, pueden ser extraídas en grupo, compulsando las citas evangélicas. Cabe también hacer un *role playing* representando la Parábola del Buen Samaritano (Lc 10, 29-37) con personajes y ante una situación de hoy (vg. accidente en la carretera). Tratar de rehuir la comicidad y proclamar el texto del Evangelio antes o después de la representación.

Las actitudes de Jesús nos ayudan a vislumbrar desde la fe el sentido del dolor y de la cruz, su significado redentor. Pero, sobre todo, nos enseñan a descubrir su para qué: Jesús se somete a la cruz para cumplir la voluntad del Padre, para hacer llegar el Reino, como ocasión de manifestar el amor a Dios y a sus semejantes.

*Sufres y otros sufren junto a ti
TU AMOR ALIVIA EL DOLOR*

NUESTRO COMPROMISO FRENTE AL DOLOR

Tu amor alivia el dolor

Introducción

Hemos visto que el dolor es una experiencia personal, difícil de expresar con palabras. Todos tenemos que enfrentarnos en nuestra vida con la realidad del sufrimiento.

Jesús también pasó por esta experiencia humana y nos enseñó cómo debemos vivirlo personalmente y cómo debemos enfrentarnos con la realidad del dolor y la enfermedad a nuestro alrededor.

¿Cuál debe ser nuestra actitud frente al sufrimiento propio y nuestra relación con los enfermos y con todos los que sufren?

Actitud ante el sufrimiento propio

La actitud cristiana frente al dolor no es una actitud masoquista, aunque así se ha presentado, a veces. En unas declaraciones recientes, Verónica Forqué, actriz de actualidad en cine y en televisión, acusaba: «La religión católica no ha sabido enseñarnos a amarnos como somos, a saber conformarnos con lo que tenemos. Uno no puede estar castigándose y fustigándose como nos han enseñado».

No sabemos qué formación cristiana habrá recibido la actriz; pero, por parciales y desinformadas que nos parezcan sus acusaciones, hay que reconocer que la cruz de Cristo se ha utilizado a veces para justificar el sufrimiento humano exhortando a una pasiva resignación que descarta de antemano toda lucha por superarlo. Se ha predicado, a veces, un ascetismo que considera el sufrimiento como un valor o se ha invitado a la provocación del dolor o a la aceptación de muchos sufrimientos o situaciones dolorosas injustas. E, incluso, se ha llegado a predicar la imagen de un dios que se complace en la sangre y el dolor a quien hay que aplacar con sufrimientos reparadores.

Pero esa imagen de Dios o de Cristo nada tienen que ver con la imagen del Padre —el Abba— que nos presenta Jesús en el Evangelio, ni con Jesús de Nazaret comprometido por la causa de la Vida y por combatir el dolor y toda causa de sufrimiento a su alrededor, ni con la doctrina actual de la Iglesia sobre el sufrimiento y el dolor.

Para una actitud correcta frente al dolor podemos valerlos de algunos testimonios de personas que sufren para valorarlos desde un punto de vista cristiano.

TESTIMONIOS

Dar lectura a los testimonios o repartirlos en un folio copiado y comentar las diversas actitudes desde un punto de vista cristiano.

Un camino a seguir. Encarnación, 58 años. Con psoriasis desde los quince. Gradualmente paralítica, sin poder moverse de la cama.

— «He aprendido a escuchar. He aprendido a aceptar. Es muy importante aceptar las limitaciones que te impone la enfermedad aunque sea poco a poco. He intentado sacar provecho de mi vida de enferma. Mi vida no debía ser inútil. Hacerlo todo por amor y aceptarlo todo como signo de

amor. Y entender que la enfermedad no es un castigo, sino un camino a seguir».

Todo es gracia. Manuel Lozano Garrido, periodista y escritor. Más de 25 años con parálisis progresiva. Muchos años sin moverse de su sillón de ruedas. Últimamente se quedó ciego.

— «La enfermedad descubre una nueva dimensión. Soy lento para escribir y también necesito tiempo para ver las cosas, pero hoy sé que a pesar de lo trágico de la enfermedad, estoy cumpliendo un destino. Me siento alegre. Y busco la alegría. He dado muchas clases de alegría, aunque llevo muchos años sin cantar».

Antes de morir dejó este recordatorio:

— «Amigos, durante un tiempo no nos veremos; me adelanto al encuentro con el Padre; os agradezco que hayáis estado junto a mi muerte como estuvisteis junto a mi sillón de ruedas. Cuidad de Lucky (su hermana Lucía) y recordad que todo es Gracia».

Muchas cosas han tomado un aspecto distinto. José Carreras, el tenor catalán, diagnosticado de cáncer, decía en unas declaraciones al *New York Times*:

— «Muchas cosas han tomado para mí un aspecto distinto. Cosas que antes eran importantes, ahora lo son menos, mientras que las más simples se convierten en un lujo extraordinario... Mis circunstancias me acercaron a la religión. Recé y descubrí cosas muy positivas; ahora trato de ayudar a la gente que se halla en la situación en que yo estuve».

Me ha servido para acercarme más a Dios. José Luis Píñillos, catedrático de psicología de la Complutense, bilbaíno de nacimiento, científico riguroso y autor de numerosos libros de su especialidad, cristiano convencido y practicante, al que diagnosticaron cáncer y la muerte próxima:

— «Al principio experimenté una fase de rebelión radical, de negación ante la evidencia del diagnóstico. Después intenté reaccionar, manteniendo a rajatabla todos mis compromisos y mis proyectos de futuro. Esta actitud es fundamental. Mi experiencia me ha enseñado muchas cosas: cuando uno se encuentra cerca de la muerte, dejas de dar importancia a cosas que no la tienen. Y para mí, que soy una persona creyente, todo aquello me ha servido para acercarme más a Dios y profundizar en mis creencias».

Sólo siento el dolor, la impotencia y la rabia. Ana, 22 años, en segundo de Pedagogía, comentando un pasaje de la Resurrección de Jesús:

— «¡Qué envidia poder creer como los discípulos de Jesús! ¡Qué envidia de los creyentes en la resurrección, en la vuelta a la vida de un Amigo! Pero yo sólo siento el dolor, la impotencia, la rabia ante la pérdida de la gente que quiero, sin encontrar respuesta a mis preguntas y con un continuo miedo al no saber ni dónde están, ni cómo están... Y no es que no quiera creer, es que no puedo... Sé que los demás no me pueden ayudar y que la búsqueda es personal... De veras que yo también busco, porque necesito creer en algo. Hay veces en que mis gritos por encontrar respuesta son tan fuertes que se me hacen insostenibles. No estoy segura de poder encontrar eso que me falta y que necesito para tapar mi vacío interior. ¡¡¿Dónde está?!».

También se pueden valorar las actitudes siguientes u otras semejantes.

VALORACIÓN DE ACTITUDES

Caben dos modalidades:

- a) *Entregar a cada uno por escrito la lista de las frases. Cada cual va puntuando de cinco a uno el grado de mayor a menor acuerdo con las mismas.*
- b) *El animador catequista las va proclamando de una en una y los oyentes manifiestan su grado de aceptación, según el baremo siguiente:*
Totalmente de acuerdo: las dos manos alzadas; Bastante de acuerdo: mano alzada; Indiferente: brazos cruzados; Bastante en desacuerdo: pulgar hacia abajo; Totalmente en desacuerdo: brazo hacia abajo.

1. *Rebeldía: ¿Por qué tuvo que tocarme a mí?*
2. *Aceptación: A pesar de todo yo sé que Dios me quiere.*
3. *Protesta: Alguien tiene la culpa de lo que me está pasando.*
4. *Desesperanza: Dios me ha abandonado.*
5. *Reconocimiento de los aspectos positivos: El dolor me ayuda a descubrir los buenos sentimientos de los demás.*
6. *Lástima: ¡Qué desgraciado soy!*
7. *Amargura: La felicidad ya no existe para mí.*
8. *Fatalismo: Hay personas que han nacido para sufrir.*
9. *Unión con Cristo: Él toma mi carga y la suaviza.*
10. *Hundimiento: Yo ya no puedo hacer nada en la vida.*
11. *Oración: Señor, ayúdame, que ya no puedo más...*
12. *Pesimismo: Esto es un castigo de Dios.*
13. *Humor: No hay mal que por bien no venga.*
14. *Ofrenda: Suplo en mi carne lo que falta a la Pasión de Cristo. Lo ofrezco por los misioneros y los voluntarios.*
15. ...

Actitud ante el sufrimiento de los demás

Las actitudes de Cristo son una llamada y una invitación concreta para nuestras actitudes frente a los enfermos y los que sufren. Podemos llegar también a una valoración de nuestras propias actitudes mediante las actividades siguientes.

Lluvia de ideas: Ir anotando en la pizarra o en un mural las actitudes posibles frente al dolor de los demás, sin valorarlas en un primer momento, y admitiendo cualquier respuesta que se apunte. En un segundo tiempo, el grupo va calificando en positivo o en negativo, según esas actitudes se correspondan más o menos con un estilo de vida cristiano. Se puede presentar el modelo adjunto. (Cfr. Fotocopia).

Valoración de actitudes. También se puede hacer el ejercicio de valoración de actitudes copiando seguidas las diversas actitudes y puntuándolas como en el número anterior.

TESTIMONIOS

Se pueden leer o repartir por escrito como en el caso anterior. Son ellos quienes nos dan.

«Somos novios y residentes en Madrid. Llevamos cinco años en la tarea de acompañar al enfermo en el Hospital On-

cológico. Para muchos enfermos, somos una de las pocas o la única visitas que reciben... Parece que cada viernes somos nosotros los que vamos a dar, pero al salir del Hospital nos damos cuenta que realmente han sido los enfermos quienes nos han dado... Nos dan grandes lecciones que no vienen en los libros de Teología: ellos, los que sufren son los preferidos de Dios y eso se les nota en la cara... Cuando salimos del Hospital sólo podemos decir que no hemos hecho nada más que lo que teníamos que hacer...».

MARTA Y JESÚS

Intentamos ser felices juntos.

«Soy estudiante y tengo 21 años. A lo largo del año me dedico a acompañar a enfermos y minusválidos de mi ciudad, con los que tengo muy buenas relaciones de amistad: salimos, nos divertimos, tratamos temas variados, oramos juntos... Intentamos ser felices con lo que Dios nos da. Al ver un minusválido veo ahora una persona, alguien con quien compartir en Iglesia y eso es fabuloso. Ellos me han aportado su persona, su cariño y, a veces, su dolor...».

ANTONIO

He aprendido a valorar la naturaleza, la salud...

«Vivo en Madrid. En mi contacto con los enfermos he aprendido a valorar la vida, la salud, la naturaleza... Nunca me había parado a pensar lo bonitas que son las amapolas en las cunetas de las carreteras hasta que una enferma en su lecho del dolor me dijo: ¡Qué bonito debe estar el campo ahora, con los árboles llenos de hojas y los campos todos verdes con las amapolas en medio de los trigales! Desde entonces he aprendido a dar otro sentido a la naturaleza... E igual, con la salud: cuando llego a casa y veo sanos a todos los míos no puedo menos de decir: ¡Gracias, Señor, por estar todos bien!».

SANTOS

Ellos a mí me hacen muy feliz.

«Soy una chica de 18 años y me siento muy atraída por las personas que presentan alguna minusvalía física. Siempre pensé que eran ellos quienes necesitaban nuestra ayuda y debíamos ser amables y cariñosos con ellos. Pero en la convivencia con ellos me he dado cuenta que no es así: que son ellos quienes nos ayudan a nosotros... Yo no sé si estando con ellos los hago felices; lo que sí puedo decir es que ellos a mí me hacen muy feliz».

ASUNCIÓN

Las limitaciones enriquecen a las personas.

«Somos una pareja de jóvenes que nos conocimos en un movimiento de Iglesia dedicado a las personas con deficiencias. Al cabo de siete años hemos descubierto que las limitaciones físicas muchas veces no disminuyen a las personas, sino que las enriquecen y fortalecen. Hemos aprendido también a amar a las personas por lo que son mucho más que por la fachada o apariencia. Hoy sabemos que Dios está en cada uno de nosotros y nos ama sin hacer distinciones entre enfermos y sanos...».

MANUEL Y MARTA

Cómo ayudar a los que sufren

Sin duda que todos los testimonios anteriores nos mueven a querer concretar un servicio más cercano a los enfermos y

MÁS CORAZÓN EN LAS MANOS

Tiene 26 años. Es auxiliar geriátrico, diseñador de moda y pintor. Trabaja en Barcelona. Lo deja todo y se marcha a la India a cuidar leproso con la madre Teresa de Calcuta. Preguntado si hay que tener una vocación especial para tratar y servir a ancianos y enfermos, responde:

—«Lo que hay que tener es una mirada, una sonrisa y unas manos».

Una mirada: *Hay miradas que se interesan por uno, miradas que confortan, miradas de paz, miradas de bondad, miradas que infunden ánimo y esperanza, miradas capaces de transmitir compasión, afecto y ternura.*

Una sonrisa: *Se ha dicho que, después de todo, sólo hay en el mundo tres cosas de valor: ser bueno, hacer el bien y manifestarlo con una plácida sonrisa. O. S. Marden escribió: «La sonrisa es una verdadera fuerza vital, la única capaz de mover lo inamovible».*

Unas manos: *Los biógrafos de San Camilo de Levis cuentan que enseñaba a los novicios cómo debían mudar de ropa a los enfermos y cómo debían hacerles sus camas. Sabía que una cama puede representar un elemento de gran alivio para el enfermo, pero también un tormento y que las manos tenían una gran importancia. Dicen que, a veces, aconsejaba:*

—«¡Quiero ver más afecto materno! Hemos de poner más corazón, más alma en las manos».

(J. M. ALIMBAU, *Palabras para el silencio*, Ediciones STJ, 1994)

POSIBLES COMPROMISOS

1. Acercarse al enfermo con sinceridad.
2. Ponerse en su lugar y tratar de comprender sus reacciones.
3. Tratar de conocerle en su historia y sus valores.
4. Escucharle.
5. Ponerse a su disposición para cuanto necesite.
6. Compartir la realidad que él vive sin dedicarse a teorizar.
7. Evitar palabras vacías de sentido sobre el dolor y la salud.
8. Procurar aliviarle su dolor.
9. Infundirle ánimos y esperanza.
10. Hacer nuestros sus sufrimientos.
11. Distraerle en sus preocupaciones.
12. Reflexionar personalmente sobre el sentido del dolor.
13. Orar por él y con él —si lo desea— desde su vida.
14. Ayudarle a recorrer su propio camino y a su ritmo.
15. Hacerle sentirse útil.
16. Ayudarle a madurar en su fe y en su amor.
17. Sacarle de sí mismo y abrirle a los demás.
18. Acercarle a Jesús, sin sermonear.
19. Ayudarle a encontrar el sentido a su dolor.
20. Ponernos juntos a la escucha de lo que Dios quiere.
21. Hacerle sentirse querido y aceptado.
22. Acompañarle en silencio.
23. Darle ocasión para desahogarse y decir lo que quiera.
24. Llevarle un buen libro.
25. Comentarle buenas noticias de la familia o los amigos.
26. Respetarle profundamente.

(Continúa en la página siguiente).

CÓMO TRATAR CON LOS NIÑOS EL TEMA DEL SUFRIMIENTO

CATEQUESIS DE NIÑOS

El sufrimiento es una vivencia que sólo se conoce plenamente a través de la experiencia personal.

El dolor por la enfermedad, por la soledad, por la injusticia, por la guerra, por la muerte, por..., suelen ser realidades lejanas a los miembros de nuestro grupo de catequesis infantil. Pero también es posible que, personalmente o en su entorno próximo hayan padecido y observado el sufrimiento.

El dolor con el que conectan será siempre el personal o el de aquellas personas con las que tienen una relación directa. Los reportajes de TV quedan en eso, en reportajes. Todo lo más provocan curiosidad o inquietud pasajeras.

De lo que sí tienen experiencia nuestros niños es de las vivencias positivas, las contrarias al sufrimiento. No la enfermedad sino la salud, no la soledad sino el amar y el ser amado, no la injusticia o la guerra sino los buenos tratos, no la muerte sino la vida.

A partir de estas experiencias podremos hacerles reflexionar sobre la carencia de ellas.

Además, siempre de forma proporcionada a su edad, podremos ponerles en contacto con el sufrimiento de las personas de su entorno:

- alguien está enfermo
- alguien está triste
- alguien está solo
- alguien ha perdido a un ser querido
- alguien se enfrenta a la separación de sus padres

y podremos acompañarles no sólo en el descubrimiento sino también en las acciones que estén a su alcance para aliviar ese dolor.

AMAR AL PRÓJIMO COMO A UNO MISMO

Jesús quería que todos los hombres y mujeres, niños y niñas fuesen felices.

- Participaba en las fiestas (Jn. 2, 1-12).
- Calmaba el miedo de sus discípulos (Mc. 4, 35-41).
- Acogía a los enfermos (Mc. 6, 53-56).
- Acudía al encuentro de los que sufrían (Mc. 5, 35-43).
- Escuchaba y atendía las peticiones que les presentaban (Jn. 4, 46-54).

Estas y otras realidades de cuantos le rodeaban entristecían a Jesús. Seguro que el sufrimiento y el dolor estuvieron presentes en su propia vida.

El Nuevo Testamento nos habla especialmente de ello al narrar su pasión y muerte (Mt. 26, 36-46 y Mt. 27, 45-50).

Desde el principio Jesús quiso que sus discípulos compartiesen con él sus alegrías y sus sufrimientos y les enseñó el camino a seguir (Jn. 15, 4-5).

Y les prometió que siempre estaría con ellos (Mt. 28, 18-20).

Desde entonces los seguidores de Jesús sabemos que él está siempre entre nosotros y que está presente, especialmente, en los más necesitados. En ellos es donde, con toda seguridad, le encontraremos (Mt. 25, 24-40).

(Viene de la página anterior)

a todos los que sufren. Pero, ¿cómo hacerlo? El testimonio que presentamos en el primer recuadro de la página anterior, puede ayudarnos a intentar aportar una mirada de cariño, una sonrisa y unas manos puestas a su servicio.

ORIENTACIONES Y COMPROMISOS CONCRETOS

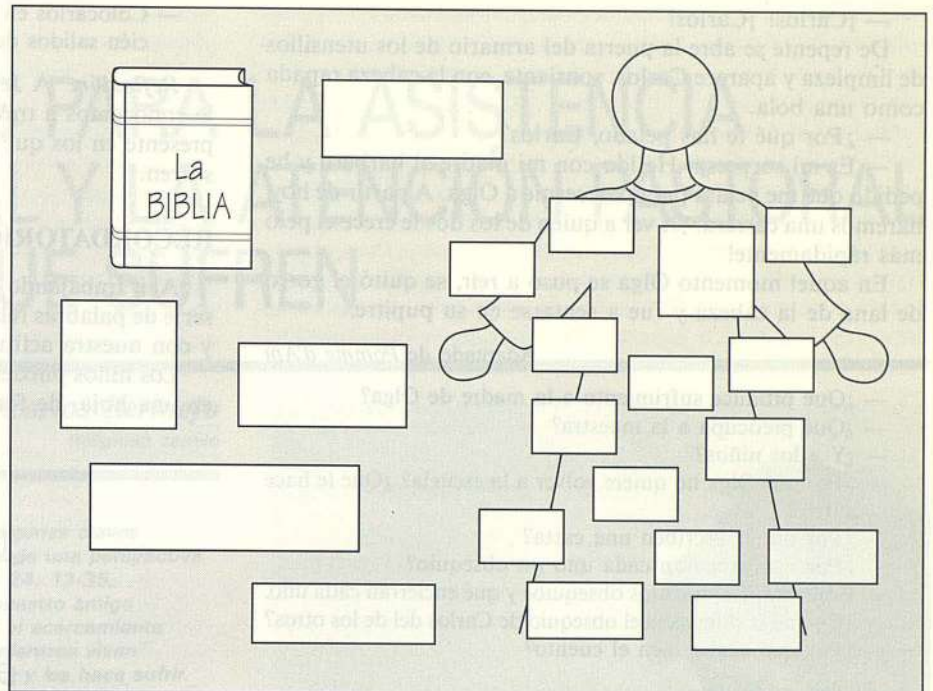
He aquí una lista de orientaciones que pueden ayudarnos a concretar nuestro servicio a los pobres y a los enfermos. Han sido elaborados por un grupo de jóvenes y podemos añadir otras. Se trata de que escojamos nuestro compromiso concreto de servicio (ver segundo recuadro de la página anterior).

Nuestro compromiso con los enfermos será un servicio a Jesús porque él está presente en todos los que sufren: «Estuve enfermo y vinisteis a verme» (Mt 25, 36).

A MÍ ME LO HICISTEIS

- Estuve enfermo y me llamaste por mi nombre.
Estuve enfermo y venías cada mañana sonriente a decirme:
¡Buenos días!
Estuve enfermo y fui para ti alguien y no algo.
Estuve enfermo y aceptaste con paciencia mis impaciencias.
Estuve enfermo y siempre que venías a verme me dabas paz.
Estuve enfermo, llegué con miedo y apurado y me acogiste con cariño.
Estuve enfermo y diste vuelta a mi almohada para que estuviera mejor.
Estuve enfermo y me tratabas con competencia.
Estuve enfermo y me diste lo que más necesitaba: cariño, comprensión, escucha y amor.
Estuve enfermo y me diste a Dios.*

PEDRO NÚÑEZ



NOTA. Este esquema doctrinal habrá que adecuarlo a la edad de los niños del grupo y al número de sesiones que podamos dedicar al tema.

Si es necesario ampliarlo puede hacerse consultando el «Catecismo de la Iglesia Católica». En el índice temático, encontrareis «sufrimiento/sufrir» y a continuación la localización de todos los apartados que tratan del tema.

UN CUENTO PARA LOS PEQUEÑOS

La clase de la señorita Nieves funciona bien. Es la única clase de la pequeña escuela de Montegrís. La forman diez alumnos, ni más, ni menos. Seis niños: Sergio, Fernando, Carlos, José Juan y Álex. Y cuatro niñas: María, Julia, Silvia y Olga. Además, dos palomas, un pez rojo, dos hámsters y la gata negra, Lula, que siempre quiere beber agua de la pecera.

Ya hace tres cursos que todo este mundillo se mueve alrededor de la señorita Nieves.

Últimamente Olga estaba siempre cansada y un día dejó de ir a la escuela. Pasados dos meses seguía sin ir.

La madre de Olga fue a ver a la maestra y a los niños. Les dijo que la niña estaba muy enferma, grave, y que la estaban atendiendo en un gran hospital de la capital.

No pueden ir a verla pero sí escribirle.

Pasan los días y se reciben noticias, Olga no está mejor pero tampoco empeora. Las tres niñas, los seis niños y la maestra están tristes. Hay que dejar pasar los días y alimentar la esperanza.

Pasan semanas y meses. Parece que Olga está mejor pero su pupitre continúa vacío.

Por fin, un buen día por la mañana, el cartero ha traído una carta para la maestra. En ella, la madre de Olga ex-

plica que la niña mejora, que pronto volverán al pueblo y que el médico está de acuerdo en que Olga vuelva a la escuela pero...

A Olga se le ha caído todo el pelo, su lindo cabello rizado de tonos cobrizos, como si el sol se escondiera en él. Por ello, Olga no quiere volver a la escuela.

Los seis niños y las tres niñas se han quedado muy preocupados. Al pequeño Carlos se le escapan las lágrimas... Pero la maestra decide:

— Vamos a escribir a Olga. Vamos a decirle que la queremos, que la necesitamos, que debe volver pronto.

Escriben el borrador de la carta y Julia la pone en limpio porque es la que tiene mejor letra.

«Querida Olga: estás curada y te esperamos. Nadie va a reírse de ti porque no tengas pelo. Además, seguro que te volverá a crecer y será mucho más bonito que antes.

Estamos preparando una sorpresa cada uno para cuando vengas. Vuelve Olga que ya estás bien. No tardes. Te mandamos muchos besos».

Todos firman la carta, la señorita Nieves también; ponen la carta en un sobre y la mandan por correo.

Todos esperan.

Un lunes por la mañana Olga vuelve a la escuela, con cierto temor, algo pálida y un gracioso gorro de lana cubriéndole la cabeza.

Es el momento de las sorpresas. Cada uno ofrece a Olga el obsequio que ha preparado.

Sergio un barquito de madera. María un collar de bolas de colorines. Fernando una pequeña tortuga. Julia un dibujo enmarcado que representa a Olga. José su pala de ping-pong preferida. Álex un móvil de mariposas de papel. Silvia un ramillete de flores silvestres. Juan una pelota decorada con estrellas de papel plateado... y Carlos?

Carlos no está. Nadie le ha visto. Empiezan a llamarlo.

— ¡Carlos! ¡Carlos!

De repente se abre la puerta del armario de los utensilios de limpieza y aparece Carlos, sonriente, con la cabeza rapada como una bola.

— ¿Por qué te has pelado, Carlos?

— Es mi sorpresa. He ido con mi madre al barbero y he pedido que me pelara para parecerme a Olga. A partir de hoy, haremos una carrera. ¡A ver a quien de los dos le crece el pelo más rápidamente!

En aquel momento Olga se puso a reír, se quitó el gorro de lana de la cabeza y fue a sentarse en su pupitre.

Adaptado de *Pomme d'Api*

— ¿Qué produce sufrimiento a la madre de Olga?

— ¿Qué preocupa a la maestra?

— ¿Y a los niños?

— ¿Por qué Olga no quiere volver a la escuela? ¿Qué le hace sufrir?

— ¿Por qué le escriben una carta?

— ¿Por qué preparan cada uno un obsequio?

— Comentar los distintos obsequios y qué encierran cada uno.

— ¿En qué se diferencia el obsequio de Carlos del de los otros?

— ¿Por qué acaba bien el cuento?

UN GRAN MURAL HECHO CON LA PARTICIPACIÓN DE TODOS

Los catequistas preparan el mural (ver página anterior):

— Forrar la pared.

— Pegar sobre el papel una gran figura de Jesús recortada en un papel del mismo color que el fondo de un tono un poco más claro o más oscuro (es importante que no destaque excesivamente).

El trabajo de los pequeños:

— Buscar, recortar y pegar fotografías en las que se manifiestan vivencias de alegría y de dolor.

— Pegar también una fotografía o un dibujo que muestra el grupo de catequesis, incluso el catequista.

El trabajo de los mayores:

— Dibujar sobre el papel de color distinto la silueta de un gran libro. Recortar, rotular y pegar.

— Copiar, con letra grande y clara, los pasajes del evangelio que se han trabajado.

— Colocarlos en el mural prendidos con alfileres, como recién salidos del libro.

Reflexión. A Jesús no podemos verle con nuestros ojos, le conocemos a través de los evangelios y sabemos que está presente en los que nos rodean, especialmente entre los que sufren.

RECORDATORIO

Al ir trabajando el tema habrán salido, repetidas veces, una serie de palabras relacionadas con la vivencia del sufrimiento y con nuestra actitud delante de este hecho.

Los niños pueden ir anotándolas y al finalizar plasmarlas en una hoja, de forma parecida a la que presentemos.

eSperanza
JesUcristo
Fe
sonRisa
servlacio
coMpañía
solidaridad
pleGaria
evaNgelio
aTención
amOr

Las letras de la palabra central han de destacar en tamaño y color.

No necesariamente todos los niños tendrán las mismas palabras.

Se llevarán la hoja a casa para comentarla con sus familiares y conservarla como recuerdo de nuestro compromiso.

CLAVES PARA LA ASISTENCIA INTEGRAL Y LA ATENCIÓN PASTORAL A LOS QUE SUFREN

José Carlos Bermejo

Religioso camilo

Inspirémonos esta vez, para buscar algunas claves para la atención pastoral al que sufre desde una perspectiva global, en el texto del Evangelista Lucas 24, 13-35, —como ya lo hiciera en otro momento nuestro amigo Arnaldo Pangrazzi¹— en el que se narra el acercamiento de Jesús a los discípulos que caminan mientras viven una situación que, sin duda, les ha hecho y les hace sufrir. No queremos caer en el posible error que nos advierte X. Thévenot cuando al hablar de la Biblia y las relaciones de ayuda nos dice que no podemos buscar en el Evangelio recetas que nos permitan saber si una técnica o estilo concreto de relación con el que sufre encuentra su paralelo en el Evangelio y legitimar así, por ejemplo, la validez del no-directivismo apelando al diálogo de Jesús con la Samaritana (Jn 4) o con Nicodemo (Jn 3)². No obstante, los textos pueden ser estímulo para la reflexión, más allá de la precisión exegética o hermenéutica.

INTRODUCCIÓN

La iniciativa en el encuentro pastoral

Antes de proponer algunas claves a la luz de tres momentos importantes que me parece descubrir en este texto, digamos en seguida que lo primero que constatamos en la aparición de Jesús en esta escena post-pascual en la que los discípulos viven un momento de desconcierto, es la *iniciativa de Jesús*. Es Él el que se acerca. En efecto, la iniciativa en el acompañamiento pastoral a los que sufren es uno de los temas que merecen una reflexión que quizás no ha sido aún suficientemente madurada. Citando a Angelo Brusco, otro de nuestros maestros en el adiestramiento al acercamiento al enfermo, podemos decir con él —como ha escrito recientemente— que

«no hay dudas de que al agente de pastoral le corresponde el deber de *ir hacia* el otro; forma parte de su misión, que encuentra en Dios un modelo ejemplar. El Señor se mueve hacia su pueblo para ayudarlo. En el apostolado de Jesús, la iniciativa ocupa un lugar relevante. Se acerca a los discípulos de

1. Cfr. PANGRAZZI, A. (Ed.): *El mosaico de la misericordia*, Santander, Sal Terrae, 1990. Nos referimos al último capítulo del libro de varios autores: *Emaús: un mosaico de misericordia*.

2. Cfr. THÉVENOT, X.: *Pautas éticas para un mundo nuevo*, Estella, Verbo Divino, 1988, pág. 86.



«Para una atención integral al que sufre hemos de encontrar la especificidad del acompañamiento pastoral sin dejar de satisfacer las necesidades espirituales y religiosas».

Emaús (Lc 24, 17) e inicia la conversación con la mujer samaritana (Jn 4, 7). El Evangelio de Lucas nos habla de María que «se puso en camino hacia la montaña» (Lc 1, 39) para encontrar a Isabel»³.

Creo que tenemos un reto en la Pastoral de la Salud en España en estos momentos —quizás un reto permanente— que

3. BRUSCO, A.: *La relazione pastorale di aiuto. Camminare insieme*. Torino, Camilliane, 1993, págs. 67-68.

yo percibo con una cierta intensidad: *recuperar la visita al enfermo, a la familia, el encuentro con el profesional sanitario*, por iniciativa del agente de pastoral, como requisito privilegiado para poder realizar un acompañamiento espiritual y religioso al que sufre. Podemos constatar —yo menos que vosotras y vosotros que tenéis más experiencia y años en este trabajo— cómo se han multiplicado las iniciativas de animación de grupos de voluntarios, religiosos y religiosas, la organización de encuentros de formación y con otros fines, y podemos ver con orgullo cómo éstas dan un resultado que es debido a un gran trabajo y esfuerzo que no merece sino sinceras felicitaciones a cuantos los estimulan y acompañan. Ahora bien, si queremos que la asistencia al que sufre sea *integral*, no nos queda más remedio que dar la importancia que merece al *acompañamiento como agentes de pastoral* —*capellanes, religiosos, voluntarios, etc.*—, es decir, al *acompañamiento específico*, a lo que todos entendemos cuando hablamos de *la visita al enfermo*.

“Tenemos un reto en la Pastoral de la Salud en España: recuperar la visita al enfermo y a la familia”

“Si queremos que la asistencia sea integral debemos dar importancia al acompañamiento como agentes de pastoral”

Cualquier observador de los Servicios de Asistencia Católica en los hospitales de nuestro país puede decir que están mucho mejor atendidos que en otros lugares, pero puede también constatar una cierta tendencia a descuidar la visita al sufriente en su ambiente (al enfermo, a la familia, al trabajador), llegando a veces al extremo de no cumplir siquiera el principio ético de la justicia que comportaría el ganarse el sueldo percibido —por escaso que sea— y el principio de beneficencia que nosotros podríamos leer en clave de hacer de la propia vida una Eucaristía, es decir, del propio hacer pastoral un darse y partirse voluntariamente (no sólo cuando llaman) tomando, por tanto, la iniciativa del encuentro pastoral. (No nos metemos, ya que hemos citado algunos principios éticos aplicados al hacer pastoral, en los que no respetan ni siquiera el principio de no-maleficencia por incompetencia, ignorancia profesional o límites personales, así como aquellos que se saltan el principio de autonomía y *reparten* actos religiosos sin participación o presencia de la comunidad cristiana o de la voluntad del paciente).

Pero lo que se nos pregunta no es sobre la ética de los agentes de pastoral de la salud, sino sobre la asistencia integral y pastoral al que sufre.

La especificidad del encuentro pastoral

Si lo que queremos es que el que sufre esté atendido en todas sus dimensiones —recordemos el modelo ya conocido entre nosotros, según el cual se habla de la dimensión física, intelectual, emotiva, social y espiritual y religiosa—, podemos subrayar entonces que para una *atención integral* al que sufre hemos de encontrar la especificidad del acompañamiento pastoral de manera que no se queden sin satisfacer las necesidades espirituales y religiosas aún cuando el agente de pastoral

podiera estar presente y tomar la iniciativa para encontrar al que sufre.

No por el hecho de que haya un agente de pastoral en un centro sanitario o agentes de pastoral de la salud en las parroquias, aunque éstos se hagan presentes junto al enfermo, quedan satisfechas las exigencias de un acompañamiento espiritual específico. Podemos constatar también cómo muchos agentes caen en el riesgo —ya más veces recordado— que H. Nouwen nos advierte: el de convertirse en pseudo-psicólogos o pseudo-asistentes sociales⁴. De ahí la importancia de subrayar algunos elementos propios del acompañamiento pastoral para que en la atención dispensada a los que sufren, no vayamos a descuidar lo propio del acompañamiento espiritual.

Así, podemos citar algunos elementos que configuran esta especificidad, como nota Szentmártoni⁵. La especificidad del encuentro pastoral viene determinada:

- **Por sus efectos:** el resultado debe ser un crecimiento en las relaciones interpersonales y con Dios, de cara a una relación más auténtica, es decir, más en sintonía con los verdaderos sentimientos, a imagen del hombre bíblico que se dirige a Dios desde su sufrimiento.
- **Por su filosofía:** reconoce a Dios como último agente del proceso de curación, como dijo el mismo Jesús: «Mi doctrina no es mía, sino del que me ha enviado, ese es veraz y no hay impostura en él» (Jn 7, 16.18), un Dios que, en virtud de su Alianza no abandona al que le necesita (Sal 27, 10). El agente de pastoral «debe inspirarse antes que nada en la Palabra de Dios y tener presente la intervención divina en la vida del hombre»⁶.
- **Por sus instrumentos:** se desarrolla en un contexto de ágape, es decir, de amor de fraternidad, «que no implica necesariamente el componente emotivo y sentimental, pero que no por eso es menos fuerte, auténtico y humano»⁷. Es el tipo de amor que Jesús exhorta a cultivar hacia el prójimo, hacia nosotros mismos y hacia Dios. Más que atracción natural o de sentimiento (filía) es interés, preocupación sincera, disponibilidad, prontitud, fruto de la acogida del amor de Dios.
- **Por sus fuentes:** se inspira en la tradición cristiana que comunica a lo largo de los siglos los contenidos de la fe que se hacen salud para cada hombre que se encuentra con Cristo.
- **Por sus agentes:** agentes de pastoral que desarrollan su ministerio en el nombre del Señor y como miembros de la Iglesia; es decir, un servicio eclesial de los bautizados en Cristo. «No que nosotros mismos seamos capaces de cosa alguna, como propia nuestra, sino que nuestra capacidad viene de Dios, el cual nos capacitó para ser ministros de una nueva Alianza, no de letra, sino del Espíritu» (2 Cor 3, 5-6). Como ministerio tiene la función de testimoniar y realizar el Reino de Dios, tarea realizada como embajadores de Cristo (2 Cor 5, 20).
- **Por su finalidad última:** tiende a profundizar en la relación de la persona con Dios, a hacer presente y operante

4. Cfr. NOUWEN, H. J. M.: *Nel nome di Gesù. Riflessione sulla leadership cristiana*, Brescia, Queriniana, 1990, pág. 62.

5. Cfr. SZENTMARTONI, M.: *Introducción a la teología pastoral*, Estella, Verbo Divino, 1994, pág. 86-87.

6. GIORDANI, B.: *Encuentro de ayuda espiritual*, Madrid, Atenas, 1992, pág. 65.

7. *Ibidem*, pág. 142.

la gracia en todas las circunstancias de la vida⁸, a participar de la vida de Jesús, que es la verdadera salud para el hombre que se encuentra con él.

Recordemos, con Godin, que el diálogo pastoral de ayuda presupone una cierta teología y un modo de concebir y mediar la acción del Espíritu Santo⁹. El concepto bíblico de *pacto-alianza*, como afirma Brusco¹⁰ da a la relación pastoral un significado y una especificidad en cuanto que en el proceso de relación pastoral de ayuda el agente de pastoral sería un *aliado-consciente* del Espíritu presente en sí mismo y en la persona del enfermo. De esta forma, el agente de pastoral se mueve en la línea del comportamiento de Dios mismo.

“ La clave del hacer pastoral es interesante por el mundo del que sufre ”

“ La base de la buena escucha puede ser un sustrato de gran humildad y realismo ”

Pero volvamos al texto que pretendía inspirarnos algunas claves: a Jesús camino de Emaús. Jesús, después de acercarse, *escucha, acompaña y ora* con ellos en torno a la mesa. Son tres momentos en los que nos vamos a detener.

ESCUCHAR

Jesús, que de propia iniciativa se acerca a quienes sabe que están viviendo una situación de sufrimiento, se integra en su realidad y manifiesta interés por ella: «¿De qué discutís entre vosotros mientras vais andando?» (Lc 24, 17). Más que leer detrás de esta pregunta una actitud de investigación, percibimos la manifestación de un interés real por cuanto están viviendo. Es la clave adecuada para el hacer pastoral: *interesarse por el mundo del que sufre*. Quizás sea éste el primer significado de la palabra *escucha*. No hay escucha sin interés. Sin atención, se oye, pero no se escucha realmente.

Humildad y realismo

Quizás, la base de una buena escucha sea un sustrato de *gran humildad y realismo* ante el Misterio del sufrimiento. Karl Lehmann ha escrito: «Al confortar con palabras de esperanza a un enfermo grave, nunca hay que pasar ligeramente sobre la amarga realidad del sufrimiento y de la muerte, sino que se debe sostener la entera realidad del ser humano que sufre»¹¹. La humildad y el realismo se traducen en respeto a la sacralidad de la situación que vive cada persona. Un agente de pastoral competente no es el que tiene muchos conocimientos, el que sabe mucho; ni siquiera el que posee muchas técnicas o habilidades para poner en práctica, sino el que sabe ser, es decir, el que ha interiorizado las actitudes propias de

una relación auténtica. Quizás por eso Job, el hombre sufriente de siempre, les dice a sus amigos, buenos teóricos, pero no tan buenos ayudantes:

«He oído muchas cosas como éstas.
¡Consoladores molestos sois vosotros!
¿No acabarán esas palabras vanas?
¿Qué es lo que te duele para que así respondas?
También yo podría hablar como vosotros
si me encontrara en vuestro lugar:
sabría fascinaros con discursos,
meneando contra vosotros mi cabeza.
Podría confrontaros con mi boca,
no ahorraría el consuelo de mis labios». (Jb 16, 1-6).

Y en otro momento les manda callar, les pide que dejen de acribillarle con las palabras que pretenden ser de consuelo, pero que no son otra cosa que intentos de explicación racional que no entran en el mundo interior de la experiencia de Job:

«¿Hasta cuándo atormentaréis el alma mía
y con palabras me acribillaréis? (Jb 19, 2).

Con gran humildad, pues, como *de puntillas*, podemos acercarnos al que sufre, no para darle buenas razones o consejos de cómo debe interpretar o vivir su propia experiencia, sino inicialmente, para *comprender a intentar transmitir comprensión* de su mundo interior, del impacto que la realidad, la enfermedad, la fuente del sufrimiento, está teniendo sobre él, aceptándola incondicionalmente. San Vicente de Paúl, en una de sus conferencias espirituales a las Hijas de la Caridad llamaba *muertos* a las Hijas de la Caridad que no tuvieran humildad y cuya caridad estuviera muerta. Decía el santo en una conferencia:

«Tenéis que saber, queridas hermanas, que el espíritu de vuestra Compañía consiste en tres cosas: amar a nuestro Señor y servirlo con espíritu de humildad y sencillez. Mientras la caridad, la humildad y la sencillez estén con vosotras, se podrá decir que la Compañía está viva. Una Hija de la Caridad sin humildad y sin caridad está muerta porque no tiene espíritu. (...) He visto a un pobre amigo en pésimo estado y le he preguntado: «Amigo mío, ¿quién te ha reducido de esa forma? Y él me ha respondido: «Los muertos». Veis, hermanas, eso es lo que hacen los muertos: hacen morir a los vivos. Es como un cuerpo, desde el día que no tiene espíritu está muerto; así la Hija de la Caridad sin su espíritu está muerta. ¿Dónde está la caridad de la hermana que no tiene humildad ni sencillez y no sirve bien a los pobres, con amor? Está muerta. Pero si tiene estas virtudes, vive, porque son la vida de su espíritu»¹².

Centrarse en la persona del que sufre

Escuchar, este primer momento que percibimos camino de Emaús, es *centrarse en la persona*. Cuando la persona enferma, no es sólo un órgano el afectado por los agentes patógenos, los mecanismos degenerativos o los traumas, sino que toda la persona queda implicada, desde su cuerpo por completo hasta la capacidad de pensar y de razonar, influida por el dolor o las limitaciones impuestas por la enfermedad, hasta

8. Cfr. GIORDANI, B., o.c., pág. 66.

9. Cfr. GODIN, A.: *Ascolto e consiglio*, in: LAURET, B., RESOULÉ, F. (sotto la direzione di): *Iniziazione alla pratica della teologia*, Brescia, Queriniana, 1987, vol. 5, pág. 49-50.

10. Cfr. BRUSCO, A., o.c. p. 121 s. El concepto de Alianza supera el de *contrato*, usado en las ciencias humanas. Esta reflexión nos llevará también al significado de «centrarse en la persona» y no «en el problema».

11. LEHMANN, K.: *La pastoral de la esperanza*, en: *Dolentium Hominum*, 1990 (13), pág. 219.

12. MEZZADRI, L.: *Conferenze spirituali alle Figlie della Carità (San Vincenzo de'Paoli)*, Roma, Centro Litúrgico Vicenciano, 1980, págs. 657-667.

el mundo afectivo, que toma tonalidades emotivas particulares y el mundo social, relacional y de los valores o espiritual, que no puede no ser afectado por la presencia de un huésped experimentado como incómodo de cualquier caso, como es la enfermedad.

Afectada toda la persona, a toda ella hay que prestar atención en el encuentro de ayuda. Así, hay una gran diferencia entre centrarse en la persona en sentido global y centrarse en el problema. Mientras que centrarse en la persona nos llevará a considerar el impacto subjetivo de la enfermedad en el individuo, centrarse en el problema, en la enfermedad o en una de sus consecuencias a cualquier nivel nos llevaría a descuidar las otras dimensiones de la persona y a descuidar un abordaje global y eficaz de la situación.

Centrarse en la globalidad de la persona supone que el agente de pastoral sea capaz de percibir el impacto único que la enfermedad tiene sobre cada individuo, el modo particular de responder su organismo, la valoración cognitiva que la persona hace de su situación (su valor simbólico, el significado, el sentido), el efecto sobre las relaciones con los demás, los numerosos y variados sentimientos desencadenados y los valores en juego o el impacto espiritual y religioso que la enfermedad puede tener sobre el enfermo.

Así, cuando el agente de salud entra en la habitación de la señora María, recientemente mastectomizada, deberá estar atento no sólo a la herida que la operación ha dejado en el pecho, sino al significado que para ella en concreto tiene perder un seno, a las implicaciones emocionales, relacionales y espirituales de tal hecho. Así, descubrirá rápidamente el valor simbólico de la enfermedad, el efecto que sobre la señora María tiene la palabra *cáncer*, el colorido nuevo que toma su paisaje emotivo, la baja en su autoestima, el influjo en la relación con su pareja y con los demás, la sacudida experimentada al valor estético dado a la armonía del propio cuerpo, la incertidumbre asociada a su futuro, el modo de percibir a Dios en medio de su experiencia, el desquebrajamiento de la propia escala de valores, las innumerables preguntas que se hace en su interior, etc.

Crear en el sufriente. Protagonismo

Por otra parte, centrarse en la persona en la relación pastoral significa también *crear en ella y en sus recursos*, considerarla protagonista del proceso de ayuda. Puede resultarnos útil tener en cuenta los resultados de investigaciones realizadas en el campo de la psicoterapia. Algunas investigaciones muestran cómo las variables fundamentales del proceso terapéutico eficaz son, en primer lugar, los factores asociados al cliente. Más del 65 % de los resultados dependen de ello. Los factores relacionados con el terapeuta parecen explicar cerca del 25 % de la eficacia y sólo el 10 % dependería de las técnicas específicas utilizadas en el proceso de relación de ayuda¹³.

De estos estudios podemos extrapolar la importancia de centrarse en el sufriente en el proceso de escucha, porque es él el protagonista. Es fácil identificar al enfermo como un inútil y relacionarse con él de manera directiva y cosificante. El modelo de relación pastoral centrado en la persona tiende a considerar al que sufre en su justa medida, confiando en sus

recursos, apelando a su zona sana, a sus cualidades o potencialidades para sanar su herida, a su curador interior, a su capacidad de reaccionar y afrontar las dificultades por las que pasa.

Apelar a los recursos del ayudado significa establecer una relación basada en la confianza en que toda persona está animada por una tendencia intrínseca a desarrollar sus potencialidades manifiestas o latentes y a orientarse por sí y con el apoyo externo, a la superación de las dificultades. Por eso, la relación pastoral se entiende como un proceso que, metafóricamente, se comprende bien con la expresión «caminar con» el ayudado¹⁴. Incluso aconsejar, entonces, no es fomentar la dependencia, no es dirigir, no es decir al enfermo lo que tiene que hacer, sino un proceso de exploración de la situación del enfermo, de comprensión de la misma, de apropiación responsable y de reacción-respuesta activa estimulada por los agentes de salud.

Así, por ejemplo, ayudar al enfermo de Sida declarado a luchar contra una infección oportunista más, no consistirá ni en ignorar la gravedad de la situación ni en dar desde fuera soluciones, motivos, razones que convengan al enfermo sobre la oportunidad de seguir determinado tratamiento, cuanto acompañarle en su proceso único, personal, a descubrir dentro de sí los motivos por los que vale la pena seguir luchando y afrontando las infecciones. Puesto que buena parte de la eficacia de la relación de ayuda depende de los factores relacionados con el ayudante, posiblemente en la calidad de las relaciones que establece con los seres queridos y con los agentes de salud descubra el enfermo nuevos motivos que, interiorizados, pueden hacer que sus precarias condiciones de existencia adquieran pequeñas chispas de sentido. De hecho, es sabido cómo muchos enfermos luchan no por sí mismos, sino porque entienden que vale la pena hacerlo por las personas a las que quieren o les transmiten afecto en la relación.

Así también, aquel cuya enfermedad está en relación con comportamientos poco saludables y que adolecen de respeto a la propia naturaleza y al sano funcionamiento de la misma mediante el abuso, por ejemplo de tabaco, alcohol, drogas, estilos de vida que favorecen el desarrollo de ciertas enfermedades, encontrará en el ayudante que le respeta incondicionalmente, que le escucha realmente, un estímulo para desencadenar su capacidad de respetarse y cuidarse a sí mismo.

Personalizar en el encuentro con el que sufre

La escucha activa, centrada en la persona, es una caricia positiva —como diría el análisis transaccional¹⁵— para el que sufre. Supone, para quien realmente se quiere centrar en la persona, adiestramiento en la destreza de *personalizar* en el diálogo. En efecto, la destreza de personalizar es un modo como se concreta la actitud de la *aceptación o de la acogida incondicional*. Personalizar en la comunicación con el que sufre supone abstenerse de juzgar el contenido y la forma de cuan-

14. Cfr. BERMEJO, J. C.: *Relación pastoral de ayuda al enfermo*, Madrid, Paulinas, 1993, pág. 24.

15. Cfr. BRUSCO, A.: *Saber escuchar*, en: AAVV., *Comprender y ayudar al enfermo*, Madrid, Paulinas, 1992, pág. 196. El término *caricia* para el análisis transaccional hace referencia a la satisfacción de la necesidad de ser reconocido y estimado. Las caricias son «estímulos sociales dirigidos de un ser vivo a otro, que reconocen la existencia de éste». Cf. KERTÉSZ, R.: *Análisis transaccional integrado*, Buenos Aires, Ippem, 1985, pág. 227.

13. CHALIFOUR, J.: *La relación de ayuda en cuidados de enfermería. Una perspectiva holística y humanista*, Barcelona, S.G. editores, 1993, págs. 176-177.

to oímos y vemos. Significa preocuparnos por la persona, no por utilizar frases que generalizan y hacen de lo concreto e íntimo, motivo para apelar a hechos, dichos, opiniones más generales que despistan del compromiso interpersonal de la verdadera comunicación.

«Personalizar en la comunicación —he escrito en *Humanizar*¹⁶— significa ocuparse del significado único que lo que se oye tiene para quien lo pronuncia. Significa acoger los sentimientos únicos con los que el sujeto vive de modo intransferible el impacto de lo que acontece a su alrededor o dentro de sí. Personalizar supone despojarse de muchos principios y convicciones y revestirse de un vacío acogedor. El que personaliza, el que escucha realmente, el que inspira confianza para abrir el baúl es aquel que no se escandaliza ante lo que oye, sino que admira con sorpresa el maravilloso mundo que no está en el escaparate, sino en la trastienda de cada uno, que no está en la superficie, sino en lo profundo, allí donde todos somos tan sencillos como niños, allí donde somos frágiles, donde la fantasía nos hace ricos y pobres a la vez y donde la imaginación produce para nuestro beneficio y para nuestra complejidad.

Para el que escucha con interés, una cosa no es importante en sí misma, sino que pasa a serlo, por insignificante que parezca, en el momento en que alguien lo cuenta así.

Personalizar con el que sufre evita la sensación de incompreensión que experimenta Job ante sus bienintencionados amigos consoladores, a los cuales se ve obligado a decirles:

«Vosotros no sois más que charlatanes,
médicos de quimeras todos juntos.
¡Oh, si os hubierais callado,
la única ciencia que os conviene!
Pero escuchad mis cargos, por favor,
atended a la defensa de mis labios.
¿Creéis defender a Dios con palabras inicuas
y su causa con razones mentirosas?
¿Creéis favorecerle al ser parciales?
¿En defensa de Dios discutís? (...)
¡Guardad silencio! Pues yo voy a hablar.
venga sobre mí lo que viniere» (Jb, 13, 4-8, 13).

Al que se ha despojado de todo tipo de teorías en torno al sufrimiento, al que ha dejado de lado toda pretensión de guiar al otro por un determinado camino preestablecido antes del encuentro, al que no tiene en su bolsillo ninguna frase prefabricada para usar en cualquier momento, no le queda otra vía que la mejor: personalizar, centrarse en la persona que tiene delante, acoger su mundo¹⁷.

Escuchar activamente en el diálogo pastoral

Giuseppe Colombero, en el libro traducido al castellano este mismo año en Colombia («De las palabras al diálogo»)¹⁸ nos recuerda que la religión cristiana es la *religión de la escucha*, que el cristiano es un hombre de escucha. Dice el autor:

«Debemos reconocer que la relación de ayuda más eficaz y más apreciada para una persona consiste no en la abundan-

16. BERMEJO, J. C.: *Deseos inconfesables*, en: *Humanizar*, 10 (1993), pág. 31.

17. Cfr. BERMEJO, J. C.: *El cristiano y la enfermedad*, Barcelona, CPL, 1994, pág. 52.

18. Cfr. COLOMBERO, G.: *De las palabras al diálogo. Aspectos psicológicos de la comunicación interpersonal*, Bogotá, San Pablo, 1994, págs. 134 s.

cia rica de palabras, sino en la disponibilidad a escucharla. La elección de regalar escucha es un metro que mide bien la disponibilidad al servicio y el beneficio del encuentro. Todos, desde el niño hasta el adulto, hasta el anciano tienen mucha más necesidad de hablar que de escuchar. Creo que el defecto más grave en las relaciones interhumanas es no saber escuchar. (...) Pero nadie nos enseñó nunca a escuchar, nadie nos dijo nunca que regalar escucha es un gesto de amor refinado, que la actitud de escucha es tan difícil como preciosa, tan preciosa que se puede convertir en un don. Así nos fuimos convenciendo que hablar siempre es más urgente que escuchar, y lo que tenemos que decir nosotros es siempre más instructivo e interesante que lo que tienen que decir los demás».

Y es que escuchar al que sufre es fatigosísimo. Lejos de ser una actitud pasiva requiere una atención mental, conlleva una implicación a menudo disturbada por nuestro modo de ser y de afrontar los problemas y por la propia comunicación intrapsíquica, ese discurso continuo que hacemos con nosotros mismos, compuesto de recuerdos, alegrías, remordimientos, proyectos, experiencias análogas..., en una palabra, nuestra vivencia que despierta en nosotros quien habla, precisamente mientras habla y que también eso pide ser escuchado. «Saber cómo escuchar —dice Colombero— es saber cómo callarnos a nosotros mismos y dar precedencia al otro: es liberarnos de la obsesión de nosotros mismos y dar lugar dentro de sí para decirte a quien nos pide que le escuchemos: «¡Heme aquí! Estoy aquí, a tu disposición. Estoy libre; para ti. Este tiempo mío, esto soy yo que existo, es tuyo. Te lo regalo. Puedes ocupar mi mente y mi ánimo con lo que me quiere decir»¹⁹.

“ Escuchar es centrarse en la persona que sufre ”

“ Centrarse en la persona en la relación pastoral significa también creer en ella y en sus recursos ”

Escuchar al que sufre supone estar dispuesto a adentrarse en un terreno donde el que escucha sabe de antemano que experimentará también él emociones que le resultarán incómodas. Supone disponerse a recorrer un camino que resulta incómodo —¡quién sabe si no es también por esto por lo que la visita se está perdiendo!—. La incomodidad de la escucha auténtica la experimenta quien se toma *en serio* lo que se le presenta. Escuchar, como mirar, es mucho más que oír o ver. Mirar es tener la mirada fija en alguna cosa con una intención, con un interés: el de detenerse, estar allí, recogidos, delimitar el campo visivo, privilegiarlo para capturar los detalles, emplear tiempo. Cuando se mira realmente, toda la vida parece reunirse en los ojos; como si en aquel momento se viviera sólo con los ojos. Así también, escuchar evoca la idea de un contacto en profundidad, la voluntad de ir al fondo, quizás incluso el gozo de entender, pero con el precio que ello conlleva. El que mira y escucha realmente con y al que sufre, pone ante sí la cara fea de la vida, lo que *de muladar* tiene la experiencia humana —como alguien dijera—, la dimensión

19. Cfr. *Ibidem*, págs. 138-139.

oscura, nocturna de la vida. Y escuchar supone no escaparse de esta dimensión, tener el coraje de *mantenerse en pie* ante lo que se tambalea.

Todos sabemos cuantos modos hay de escaparse de la experiencia del dolor ajeno. Nos escapamos con frases hechas, con consejos fáciles, no captando realmente el significado de la experiencia del sufrimiento ajeno a nivel emotivo, minimizando, desdramatizando, comparando con otras situaciones peores, cayendo en el ritualismo, etc. Peter Bolech, en el libro *Humanización en salud*, ha recogido algunas de las máscaras más comunes que permiten al agente de pastoral esconderse o huir del verdadero encuentro interpersonal: la máscara de la separación o la distancia que viene definida por el rol de agente de pastoral y sus connotaciones espontáneas, la máscara de la función ritual, la máscara del mismo lenguaje del anuncio que puede servir al agente de pastoral para distanciarse de la experiencia humana con contenidos poco encarnados en la situación y poco accesibles al sufriente a nivel experiencial, la máscara de los distintos religiosos que pueden servir para distanciar, y la máscara de la actividad, es decir, de la imagen del agente de pastoral siempre ocupado y por tanto con tareas tan importantes que la experiencia de dolor de un individuo se queda pequeña como para interesarle realmente²⁰.

Pero Jesús, acompañando a sus discípulos camino de Emaús hace algo más que acoger la experiencia que están viviendo. En el encuentro percibimos una aceptación incondicional de su experiencia, una escucha manifiesta en interés por lo que les preocupa, pero también Él interviene. A este segundo momento lo llamaremos el momento del *acompañamiento*, el momento de la respuesta.

ACOMPañAR

Entre las diversas definiciones que el diccionario que he consultado sobre el significado de *acompañar* presenta, quiero citar tres: «Estar o ir en compañía de otro», «participar en los sentimientos de otro» y «juntarse un perito con otro para entender juntos en alguna cosa»²¹. Creo que estas definiciones de *acompañar* nos pueden ayudar a presentar algunas claves más para una asistencia integral y pastoral al que sufre.

Estar juntos. Buen uso de la palabra

En efecto, una de las metáforas más usadas para representar la relación pastoral de ayuda, una de las más elocuentes, es decir, que consiste en *caminar juntos*. «En la Biblia, la ayuda ofrecida por Dios es expresada como un “caminar junto” al hombre (Gn 35, 3). El Señor es guía que precede en el camino (Dt 1, 33), conduce a aguas tranquilas y a verdes praderas (Sal 23, 2), asegura su presencia incluso cuando el sendero recorre una valle oscuro (Sal 23, 4)... y, como Buen Samaritano, cura las heridas (Lc 10, 29 s)»²².

En realidad, al estar con las personas que sufren, todos sabemos que con ellas se desarrollan comunicaciones comple-

tamente normales, inspiradas nada menos que en la distracción, en hablar de los hechos normales de la vida cotidiana o en los acontecimientos relevantes de la propia situación. El que sufre, como todos los demás, aborda los temas más dispares con quien está. Ahora bien, si uno de nosotros pide a otra persona en la oscuridad de una noche de invierno: «acompañame», seguro que tiene otras expectativas que van más allá de hablar de cosas banales o, aunque así sea, mientras lo hace, desea no estar solo, no caminar solo en medio de las tinieblas, apoyarse en el acompañante, sentirse más seguro, tener un apoyo si hay algún tropiezo, y quien sabe si no desea también verbalizar su experiencia, sus sentimientos en medio de la oscuridad.

Acompañar al que sufre, pues, significa estar con él. Y cuando la comunicación verse sobre problemáticas psicoemotivas, existenciales, espirituales, entonces la capacidad de *saber estar* del agente de pastoral será puesta a prueba porque, efectivamente tendrá que saber escuchar, pero deberá también responder. Es el salto de la comprensión a la comunicación de la comprensión. ¿Cómo puede el caminante en la oscuridad, el sufriente, sentirse comprendido en sentido global, no sólo sentir que el otro ve lo que vive aún en medio de las tinieblas? Con la imagen del «caminar juntos» y la de «acompañar en las tinieblas», podemos rápidamente percibir algunos de los recursos de los que el agente puede echar mano: sus propias manos, su lenguaje verbal, toda su persona. Ser capaz de utilizar todo el cuerpo en el encuentro con el que sufre es un arte que facilita la experiencia de la comunión en medio de la soledad del sufrimiento y la experiencia de alguien —que además lo hace «en nombre de Otro» (Hch 3, 6; 4,10), está interesado realmente y dispuesto a compartir.

Una dificultad concreta se experimenta a la hora de comunicar comprensión verbalmente. ¿Cómo responder en el diálogo con el que sufre? en un reciente libro sobre «La comunicación en las relaciones de ayuda»²³, se presentan algunas implicaciones para poder responder empáticamente en el diálogo con una persona necesitada de ayuda.

- Darle al otro la posibilidad de compartir emotivamente significa comunicarle la comprensión de sus estados de ánimo. No es sencillo transmitir la comprensión de vivencias como el sufrimiento, el dolor, el malestar existencial. A veces ni siquiera es fácil creer que lo que el otro dice tiene un reflejo real en su experiencia. Mecanismos de defensa como la negación, la reducción emotiva o la racionalización, hacen que quien entra en contacto con situaciones ajenas, por ejemplo de enfermedad grave, logre difícilmente comprender el sufrimiento real del individuo.
- El ayudado experimenta cercano a los ayudantes sólo cuando éstos *creen* en tal malestar, comprenden su naturaleza, lo aceptan en cuanto realidad de aquel que lo vive y lo comunica.
- La respuesta empática supone la aceptación de las comunicaciones del otro, de su personalidad, de su historia, sin juzgar. Es bastante frecuente el caso en el que ciertas comunicaciones inherentes a argumentos como el sufrimiento, la angustia, la muerte, no son aceptadas y se pretende desdramatizarlas o bien negarlas o, en cualquier caso, no afrontarlas. La negación es una de las actitudes que más se utilizan en los contextos de las relaciones de ayuda cuan-

20. Cfr. BOLECH, P.: *Del «juego de las máscaras» a la comunicación entre personas. El enfermo y su entorno*, en: AAVV., *Humanización en salud*, Bogotá, Selare, 1993³, págs. 92-94.

21. *Diccionario enciclopédico Espasa I*, Madrid, Espasa-Calpe, 1985.

22. BERMEJO, J. C.: *Relación pastoral de ayuda*, o.c., pág. 24.

23. MAMBRIANI, S.: *La comunicación en las relaciones de ayuda*, Madrid, San Pablo, 1993.



«La destreza de personalizar en el diálogo es un modo como se concreta la actitud de la aceptación o de la acogida incondicional».

do el ayudante percibe su propia incapacidad para afrontar las exigencias comunicativas y las implicaciones emotivas y relacionales presentadas por el otro. Es un modo de escaparse, de no saber estar.

- La respuesta empática supone no desdramatizar porque la desdramatización es la negación en forma reducida que consiste en quitarle algo en calidad o cantidad a lo que afirma el que sufre. Por lo general, en las relaciones de ayuda, la desdramatización lleva a quitar importancia emotiva a lo que comunica el ayudado.
- La respuesta empática supone no comparar con otras situaciones o con otras personas que también sufren o que sufren más, ni generalizar, lo cual provoca como resultado la eliminación de lo singular y excepcional de lo que el otro comunica.

El problema de cómo usar la palabra en el curso de las relaciones de ayuda se plantea, en efecto, cuando la comunicación con el que sufre pone a prueba la capacidad del ayudante para afrontar argumentos delicados y que no se tratan generalmente o para estimular y sostener conversaciones difíciles y entorpecidas o para preparar al otro a liberarse verbalmente de aquello que tiene dentro. Es aquí donde cobra importancia la palabra del ayudante.

Una de las vías privilegiadas para adiestrarse en el uso de la palabra —y del lenguaje no verbal— en el encuentro con el que sufre es la formación utilizando el recurso del análisis de conversaciones escritas por agentes de pastoral o de salud con personas en necesidad. Todavía —a mi modo de ver— no ha entrado suficientemente este recurso en la formación de los agentes de pastoral, de los profesionales sanitarios y de los voluntarios.

Todavía son pocos los que alguna vez se detienen a escribir una conversación con un paciente para analizarla personalmente o para confrontarla con otros y verse a sí mismos en el encuentro. Y quien lo ha hecho alguna vez sabe muy bien la utilidad de esta metodología de aprendizaje que no es otra cosa que la *reflexión sobre la experiencia* y la confrontación

de la misma con la de otros. Podemos tener mucha experiencia y cometer siempre los mismos errores si no reflexionamos sobre ella y la confrontamos con la Palabra de Dios primero y con otros —un grupo, por ejemplo—, después.

La *palabra* bien utilizada en el diálogo con el que sufre tiene un gran poder. Algunos versículos prestados del salmo 119, si bien se refieren a la Palabra de Dios, nos pueden servir para tomar conciencia del poder de la misma con la esperanza de que la muestra sea eco de la Suya:

- En mi corazón escondo tu palabra.
- Nunca olvidaré tus palabras.
- Guardo celosamente tus palabras. Ábreme los ojos.
- No quites nunca de mi boca la palabra verdadera, porque a tus decretos confío mi esperanza.
- Recuerda tu palabra a tu siervo con la que me has dado esperanza.
- ¡Tu palabra me devuelve la vida!
- A tu palabra yo he confiado mi esperanza.
- Yo espero en tu palabra.
- ¡Cuán suave es a mi gusto tu palabra! Es más que miel para mi boca.
- Una lámpara sobre mis pasos es tu palabra y una luz en mi camino.
- Tú eres mi refugio y mi escudo: tengo fe en tu palabra.
- Tu palabra, cuando se revela, es deslumbrante: enseña a los sencillos.
- ¡Yo abro la boca y la aspiro!²⁴.

¡Qué hermoso es saber utilizar la palabra correctamente en el diálogo con el que sufre! En el momento oportuno, como nos recuerda el Eclesiastés: «Todo tiene su tiempo: su tiempo el callar y su tiempo el hablar» (Qo 3, 7).

Pero el diccionario, a propósito del concepto de *acompañar* nos ha dicho también que significa «participar de los sentimientos del otro».

24. Cfr. COLOMERO, G., o.c., págs. 136-137.

Dejarse tocar por el dolor ajeno

Todos sabemos que estamos refiriéndonos a una actitud que en nuestro contexto goza de mucha familiaridad: la empatía. No obstante, no demos por descontado su significado auténtico. Con una cierta frecuencia es confundida con el concepto de simpatía, gentileza, o identificación emocional.

La empatía es una actitud, es decir, una disposición interior en virtud de la cual el que se acerca al que sufre *quiere realmente comprender* y para ello renuncia a su punto de vista para adoptar el del que sufre, pero sin caer en el pozo de su sufrimiento, sino con el arte de saber entrar y saber salir, de saber implicarse y saber mantener la distancia emotiva que permite ser sí mismo. La empatía es la capacidad de sentir colocándose a la justa distancia, la de quien comparte sin dejarse atascar y sumergir por la emotividad de los demás, con el resultado de hundirse ambos. Conservando distinta la propia emotividad, se conservan autonomía y claridad en la consideración del problema, muy necesarias para poder iluminar y confrontar.

La empatía es el modo de hacer de Dios con el hombre: salir de sí, asumir la condición del otro —sin dejar de ser sí mismo— y saber retirarse (recordemos: «conviene que yo me vaya» (Jn 16, 7)²⁵. En Navidad celebraremos la empatía de Dios, su salir de sí, asumiendo la condición humana, con todos sus riesgos para ser Salvación para el hombre, para iluminar su experiencia y después dejarnos. Son los momentos propios de la actitud empática: implicación en la experiencia del que sufre, repercusión en uno mismo y separación. Casera²⁶, ha hablado de «fases de la empatía» queriendo subrayar que como actitud, requiere una tensión entre implicación, autoobservación y distanciamiento, fases que no se refieren únicamente a la progresión en el tiempo, sino que han de darse a la vez y contemporáneamente representan un progreso porque, efectivamente, hay que saber entrar —por ejemplo en la habitación del enfermo—, saber vibrar con él, percibiendo la repercusión sobre sí del sufrimiento ajeno y saber salir —también saber «cerrar la puerta por fuera»— dejando al otro ser otro y recobrando la energía y la distancia afectiva que permita vivir en equilibrio.

Brusco, ha hablado de las dificultades de esta actitud que nos lleva a participar de la experiencia del dolor ajeno. Son dificultades que tienen que ver con los momentos o fases de la empatía:²⁷

- La dificultad de entrar realmente. Si la empatía exige la capacidad de «meterse en el punto de vista del que sufre», poniendo entre paréntesis, aunque sea temporalmente, las propias opiniones, creencias, gustos..., es necesaria una disciplina, un sentido del límite y un respeto de la diversidad. Esta disposición va contra la inclinación más natural que consiste en tender a tranquilizar, a dar consejos, a proponer soluciones inmediatas, fruto del influjo del eficientismo en la comunicación interpersonal. Es la dificultad que

25. «Pero yo os digo la verdad: Os conviene que yo me vaya; porque si no me voy, no vendrá a vosotros el Paráclito; pero si me voy, os lo enviaré» (Jn 16, 7).

26. Cfr. CASERA, D.: *Mis hermanos los psicóticos*, Madrid, Paulinas, 1983, págs. 49 s. CASERA resume de: KATZ, R.: *Empathy, its nature and uses*, Londres, The Free Press of Glencoe, 1963.

27. Cfr. BRUSCO, A.: *La relazione pastorale di aiuto*, o.c., págs. 86 s.; SANDRIN, L., BRUSCO, A. y POLICANTE, G.: *Comprender y ayudar al enfermo*, Madrid, Paulinas, 1992, págs. 204 s.

se manifiesta en los diferentes modos de defenderse ante la implicación emotiva. Recientemente he visitado algunos enfermos en un barrio realmente marginal y pobre de un país de Latinoamérica acompañado por un agente de pastoral de la salud. Pude constatar, con disgusto, cómo después de haber tragado polvo y haberme ensuciado los zapatos de barro para llegar a los lugares donde estaban los enfermos, en el diálogo con ellos no percibía ni una mota de polvo o del barro de la persona del enfermo (ya no de las callejuelas para llegar a sus chabolas) que tocara a la persona del agente de pastoral que me acompañaba: todo se quedaba en palabras de exhortación, en buenos deseos y en fugas de la implicación con las lágrimas y la amargura de las personas.

- Otra dificultad de la empatía es que si realmente el ayudante se mete en el mundo interior del ayudado, su propia persona queda afectada, se encuentra con *la propia vulnerabilidad*. El mayor desafío de la empatía es que hace vulnerables a quienes la practican y susceptibles de verse heridos por la vivencia del interlocutor. Son las propias *heridas* que se despiertan en el contacto con la herida ajena.
- Y la tercera dificultad apuntada por Brusco en la relación empática es la de no conseguir calibrar bien el grado de implicación emotiva, de modo que del comprender al otro *como si fuera otro* se pasa a la *simpatía*, es decir, a la identificación emocional, a hacer propios los sentimientos del ayudado y experimentar lo mismo que él. En el fondo es la dificultad de no saber vivir bien la separación emotiva o no saber mantener la distancia afectiva que permite una mayor objetividad.

Confrontar en el encuentro con el que sufre

La tercera definición que hemos visto en el diccionario de la palabra *acompañar* es «juntarse un perito con otro para entender juntos en alguna cosa». En efecto, si pedimos a alguien que nos acompañe en la oscuridad o le permitimos que lo haga, nos esperamos también que sea luz en nuestro camino o que su persona sea punto de referencia en medio de las tinieblas.

“ La escucha activa centrada en la persona, es una caricia positiva para el que sufre ”

“ Acompañar al que sufre significa estar con él ”

El objeto del acompañamiento pastoral, si realmente queremos que éste sea tal y así atender a todas las dimensiones y necesidades de la persona, y por tanto que la asistencia sea integral, es el acompañamiento también a *madurar en la fe*, a crecer, a vivir sanamente la relación consigo mismo, con los demás y con Dios. Si esto conlleva por una parte el acompañarle en el descubrimiento de nuevos valores en medio del sufrimiento —experiencia que nos consta que para muchas personas es muy enriquecedora—, conlleva también la capacidad de contrastar la imagen de Dios que el sufriente tiene con la imagen que encontramos en la Revelación y en el Hijo encarnado.

Jesús, camino de Emaús, acoge las confidencias y las reflexiones de los discípulos, pero después de escuchar llega el momento de la confrontación como sendero que conduce a la maduración de su fe. «Los discípulos habían compartido su perspectiva bíblica y sus expectativas con Jesús, pero no habían comprendido el contexto más amplio en el que aquella Historia se había manifestado al mundo. El Resucitado les lleva a comprender mejor las Escrituras»²⁸.

Nadie dudaría ante el que sufre que manifiesta su idea de que Dios le está castigando en intentar transmitirle una imagen de Dios más en sintonía con el Dios de Jesucristo. Me contaba una agente de pastoral hace unos días de cómo un enfermo de Sida se sentía castigado por Dios y así se lo había transmitido y de cómo la presentación de la propia imagen de Dios llevó a que el paciente terminara diciendo: «¿Puedo apuntarme a tu Dios?».

Pero más dificultad encontramos a la hora de confrontar la imagen de Dios cuando descubrimos que responde a algo a lo que la misma predicación y espiritualidad cristiana han contribuido: se trata de una imagen muy presente aún en muchas personas, la imagen de un Dios que se espera del que sufre un ofrecimiento de los propios sufrimientos como algo bueno en sí, como algo reparador, como algo que satisface, como algo que completa una sed de sangre todavía no apagada de un dios (con minúscula) que François Varone ha calificado de *sádico*²⁹.

Si es cierto —confío que así es— que hemos hecho un gran camino —quizás de modo especial en España— de superación del dolorismo, creo que aún no hemos encontrado el modo de confrontar en las situaciones en las que éste se presenta bajo diferentes formas —y son aún muchas a mi modo de ver!—: en la catequesis, en la predicación, en el modo de narrar el sufriente su propia experiencia y la interpretación de la misma a la luz de su fe.

Mis compañeros de trabajo en la preparación del libro *Vivir sanamente el sufrimiento* —Ricardo Lázaro y Antonio Bringas— han apuntado con acierto algunas formas insanas de relacionarse con Dios en medio del sufrimiento producido por la enfermedad. Y lo interesante es que lo hacen a la luz de la lectura de cientos de testimonios escritos por enfermos, testimonios que revelaban estas tendencias. Cito algunas:

— Hay enfermos que creen que Dios, en su inmensa justicia, necesita el dolor del hombre para perdonar nuestro pecado. El enfermo que escribe, al hablar del sufrimiento que él y otros padecen, que «nos merecemos esta cruz», apunta, aunque no lo haga muy conscientemente, a un Dios justiciero, que necesita resarcirse en su dignidad herida.

— Otros enfermos conciben la relación con Dios a partir del mérito. Se repite a menudo el testimonio del que, al referirse a los dolores de su enfermedad, los concibe como una fuente de méritos: «Así ganaré méritos para el cielo», dice. La concepción de Dios que subyace a esta expresión presenta una imagen muy recortada de lo que Él es. A primera vista puede parecer que una concepción de Dios así va a ayudar a este tipo de enfermos a sobrellevar mejor su enfermedad: el dolor no es inútil, tiene un valor. Pero esta concepción religiosa crea, en el fondo, una inseguridad muy

grande. Si tenemos que conquistar el amor de Dios con nuestros méritos, nunca estaremos seguros de haberlo conseguido; y además, siempre podremos ganar más méritos y conseguir que Dios nos ame más. Esta dinámica religiosa es terrible³⁰.

Los binomios sufrimiento-pecado, sufrimiento-purificación, sufrimiento-sustitución, sufrimiento-expiación/ofrecimiento, sufrimiento/completar la Pasión de Cristo, creo que han de ser mayormente reflexionados porque urge —según mi humilde opinión— *purificar el lenguaje sobre el sufrimiento* y confrontar la imagen de Dios que tras él se esconde.

Leyendo los numerosos testimonios para la preparación del ya citado libro *Vivir sanamente el sufrimiento*, así como en el encuentro con numerosos grupos de formación para la pastoral sanitaria o para la relación con el que sufre, he podido constatar cómo están aún presentes imágenes y lenguajes que han de ser confrontados. Y personalmente entiendo que la confrontación es un deber ético del cristiano.

Me permito citar algunos fragmentos recogidos en el capítulo del libro³¹:

«Estamos hechos al sufrimiento y así llevamos los 17 años que tiene nuestro hijo disminuido. No tenemos ilusión por nada, aunque aparentemente demos lo contrario, pero el dolor está por dentro.

Como somos cristianos, comprendemos que eso lo manda Dios y que al final este dolor de los enfermos les sirve para ganar la gloria eterna».

(*Madre de un disminuido físico y psíquico*).

«La enfermedad es una oportunidad que nos brinda Dios para purificarnos. Tenemos que ofrecer nuestros dolores unidos a los de Cristo por la salvación de todos. La enfermedad es una prueba para el enfermo y para la familia. El sufrimiento, aunque muchas veces no lo entendamos, tiene sentido si unimos el nuestro al de Cristo por la misma causa que Él lo hizo, el servicio a todos y hacer la voluntad del Padre».

(*Antonia, Sevilla*).

«Desde mi experiencia, creo que es necesario animar al enfermo a aceptar el sufrimiento; la enfermedad es un don de Dios que nos une a vivir con fe la experiencia de la cruz, a valorar todo sufrimiento».

(*Una religiosa intervenida*).

«Soy diabético, estoy ciego y vivo con mi señora que es parapléjica. Llevo la enfermedad lo mejor que puedo; me pongo todos los días insulina y me voy defendiendo. Pienso a menudo que debo aceptarla con resignación. De esta manera ganaré méritos para el cielo».

(*Alejandro R.*)

«Ellos viven sus enfermedades con paciencia, generosidad, respeto, esperanza, alegría; ofrecen sus dolores por el perdón de sus pecados, por la perseverancia de la Congregación..., por la paz en el mundo, por las misiones, por los problemas en las familias; ven en sus enfermedades la cruz que el Señor les

30. Cfr. BRINGAS, R., y LÁZARO, A.: *Una relación sana con Dios en medio de la enfermedad. Perspectiva catequética*, en: AAVV., *Vivir sanamente el sufrimiento. Reflexiones a la luz de experiencias de enfermos*, Madrid, EDICE, 1994, págs. 83-84.

31. BERMEJO, J. C.: *Acompañar al enfermo. Perspectiva pastoral*, en: AAVV., *Vivir sanamente el sufrimiento*, o.c., págs. 121-124.

28. Cfr. PANGRAZZI, A.: *Emaús: un mosaico de misericordia*, en: PANGRAZZI, A. (Ed.): *El mosaico de la misericordia*, o.c., pág. 186.

29. Cfr. VARONE, F.: *El «dios sádico». ¿Ama Dios el sufrimiento?*, Santander, Sal Terrae, 1988.

“ La empatía es el modo de hacer de Dios con el hombre: salir de sí, asumir la condición del otro y saber retirarse ”

“ El objeto del acompañamiento pastoral es el acompañamiento también a madurar en la fe ”

ha dado para ayudarles a subir al Cielo, porque Dios así lo ha querido, con fe. Sufren de poliartritis, infartos, ceguera, artrosis deformante, arteriosclerosis progresiva...».

(Religiosa que expone cómo viven el sufrimiento un grupo de ancianos a los que atiende. Granada).

En los testimonios citados vemos expresiones como éstas: «eso lo manda Dios... y sirve para ganar la gloria eterna», «la enfermedad es una oportunidad que nos brinda Dios para purificarnos», «es necesario animar al enfermo a aceptar el sufrimiento, la enfermedad es un don de Dios», «debo aceptarla con resignación», «ofrecen sus dolores por el perdón de sus pecados...». Sin duda, detrás de estas expresiones hay actitudes cristianas que me gustaría leer en clave de relación con Dios en medio del sufrimiento, y, en todo caso, como toda experiencia personal, la respeto en lo que tiene de propio.

Pero rápidamente surge la pregunta sobre la imagen de Dios que reflejan y sobre la sintonía de ese lenguaje con el mensaje del evangelio. Percibo que, tanto en la catequesis como en la acción pastoral, es necesaria —yo la percibo urgente— una renovación.

Además de ser un convencimiento propio, esta necesidad es presentada por otros tantos enfermos. Un enfermo crónico que sintetizaba las aportaciones de un grupo de enfermos que había presentado su testimonio y lo pusieron en común en una reunión de reflexión previa al congreso eucarístico de Sevilla, dice:

«La opinión unánime de los testimonios, así como lo que se dijo en la puesta en común es de total rechazo de frases como: “resignación”, “hay que soportar”, “es voluntad de Dios”, etc. Jamás deben ser dichas delante de un enfermo, pues en el mejor de los casos no le benefician en ningún modo; incluso puede llegar a perjudicarlo grandemente o a indignarle. No tienen sentido en ningún contexto; y si hay que resignarse, o soportar o aceptar la voluntad de Dios, será el propio enfermo quien tenga que decirlo o razonarlo y nadie será quién para decirlo. La aceptación es una meta a la que algunos pueden llegar en algunos supuestos y a través de la reflexión personal, nunca a través de frases que vienen de fuera. El enfermo está especialmente sensible y se percató de inmediato que esas frases son vacías y que carecen de significado; y que son un modo de salir del paso por parte de quien las dice».

Más incisiva o elaborada, si se quiere, fue la reacción de la Fraternidad cristiana intercontinental de enfermos y minusválidos cuando, con ocasión de la institución de la jornada mundial del enfermo, reaccionaron ante el escrito con el cual era instituida. Razonaban en noviembre de 1992 de la siguiente manera; y cito ampliamente el texto, aunque sea largo, por la importancia que me parecen tener estas palabras:

«Tres términos han acaparado nuestra atención. Tres términos que nos parecen difíciles de aceptar por las personas enfermas y minusválidas, tal como aparecen en esta carta.

a) En primer lugar, el sufrimiento, al que parece dársele un valor de salvación por sí mismo, lo cual provoca no pocas reticencias en nosotros.

De ninguna manera, pretendemos rechazar la totalidad de la experiencia humana, unida a su carácter finito, frágil y pecador. La aceptamos tal como es y, por tanto, con sus elementos dolorosos incluidos. Pero ello no significa que podamos tomar partido por las cosas tal como son. En efecto:

— Creemos que el sufrimiento no tiene valor por sí mismo. El Dios vivo, creador y salvador, no quiere el mal. Por consiguiente, no quiere, por sí mismos, ni el sufrimiento ni la muerte angustiada. (...) Por tanto, la utilización del sufrimiento como medio pedagógico por parte suya nos parece algo dudoso. No es Dios quien provoca el sufrimiento y, en consecuencia, no debe ser Él quien lo utiliza. Es el hombre, limitado, frágil y pecador, quien debe asumirlo. Gracias a la presencia de Dios —que le acompaña, incluso en su sufrimiento— el hombre puede seguir un camino de progreso, no aguantando simplemente el sufrimiento, sino trabajando por suprimir sus causas.

— Así pues, el sufrimiento como tal es un mal a combatir. Y es ese combate al que Dios acude, en Jesús, a desarrollar junto con el hombre y para el hombre. La salvación, en la cruz, viene del amor gratuito presente en ella, amor que se manifiesta ya como fuerza de resurrección. (...).

b) En segundo lugar, el ofrecimiento (de dicho sufrimiento). La importancia que el texto de la carta concede al ofrecimiento es la de un elemento esencial del sentido cristiano de la salvación³². Y en ello estamos totalmente de acuerdo. Sin

32. Interpreto que se refieren a la doctrina de la *comunión de los santos* o a la de la *expiación*. En ambos casos, es necesaria una aclaración. Dice González Faus a propósito de la *comunión de los santos*: «La *communio sanctorum* exige ser traducida, a la vez, en masculino y en neutro. Pero debe comenzar por esta segunda traducción para incluir la primera: los santos están en comunión, porque la santidad misma de Dios es comunión. La *comunión de lo santo* expresa simplemente la comunitariedad, la fecundidad y la universalidad del amor, que es Dios. Al profesarla, el creyente se atreve a esperar que puede justificarse por el don de la humanidad de los otros, que le pertenece por esa naturaleza comunitaria de lo santo». Cfr. GONZÁLEZ FAUS, J. I.: *Antropología. Persona y comunidad*, en: *Mysterium liberationis*, II, Madrid, Trotta, 1990, pág. 45. Y en otro lugar dice: «Cuando nuestra expresión es introducida en el Credo (hacia el s. IV), entra a continuación de las *notas* de la Iglesia: unicidad, catolicidad y santidad no son, en el fondo, nada más que *comunión*. Y esta comunión intentaba significar originariamente no sólo la comunión de los santos que están en el cielo, sino la *communio* con la totalidad de la Iglesia. (...) Por eso, todo lo que participa de Dios es comunión, y toda comunión con Dios es, a su vez, comunión entre aquellos que *comulgan* con Dios. (...) Así, el concepto de *communio sanctorum*, conforme va desarrollándose, va incluyendo la comunión de los fieles entre sí, con los difuntos, con los pecadores, etc., etc.». Cfr. GONZÁLEZ FAUS, J. I.: *Proyecto de hermano. Visión creyente del hombre*, Santander, Sal Terrae, 1987, págs. 667-668. Por otra parte, en cuanto a la doctrina de la reparación, hay que tener en cuenta que «La tradición latina ha puesto un énfasis especial en la perspectiva que considera la salvación como redención, especialmente por influencia de san Anselmo (1033-1109). Éste estableció una relación rigurosa entre encarnación y redención: si el Hijo vino entre los hombres fue para pagar en nombre de éstos y en su lugar la deuda que habían contraído con el pecado. Al ser los hombres insolventes, el Hijo les sustituyó. Malamente vulgarizada, esta teoría, que marcó profundamente nuestra cultura occidental, puede desembocar en una auténtica caricatura de Dios, haciéndole aparecer como un monarca celoso, preocupado por sus derechos, que reclama justicia a un precio exagerado. Las nociones tradicionales de la teología de la redención se encuentran falseadas con ella. El sacrificio de Cristo es así realizado como una ofrenda expiatoria, exigida por un Dios irritado: el mérito aparecerá como un derecho adquirido por los esfuerzos del hombre; la satisfacción,

embargo, frecuentemente observamos a nuestro alrededor una concepción de este ofrecimiento que nos parece peligrosa. En efecto, dicha concepción pretende a menudo presentar el sufrimiento ante un Dios como un valor que a Él le resultaría agradable, y, por tanto, como un valor a cambio del cual podrían obtenerse gracias.

Por el contrario, nosotros no creemos que a Dios le resulte agradable este sufrimiento, dado que Él vino a combatirlo con nosotros. Estamos seguros de que lo que es perjudicial para nosotros no puede ser considerado beneficioso por Él... ¿Acaso el ofrecimiento, en la salvación cristiana, no es ante todo ofrecimiento de Dios? ¿Acaso no es ofrecimiento que Dios hace de sí mismo a los hombres, para compartir totalmente su vida, en Jesús, y combatir así el sufrimiento?

Sólo a partir de este ofrecimiento de Dios, reconocido en la fe, vivido en la caridad, puede el creyente ofrecerse a Dios. Sólo entonces puede comulgar con el combate iniciado por el Dios liberador del Éxodo (Ex 3) y culminado por Jesús, en beneficio de todos los hombres y en contra de todas las desgracias (Fil 2; Col 1, 24; 1 Tim 2, 3-5)... Y esto no se identifica, como se puede comprobar fácilmente, con la falsa esperanza de una vida tranquila, sin enfermedad ni muerte, con la que nos hace soñar la publicidad de nuestras sociedades desarrolladas.

c) Aceptación (del sufrimiento). Este último término (utilizado igualmente en el texto de Juan Pablo II), comporta el peligro real de arrastrar una actitud de pasividad. Y decimos esto tras escuchar y observar a nuestro alrededor determinadas palabras y actitudes. Para el discípulo de Jesús, la fe y la caridad son actos libres y responsables, razón por la cual, dicho discípulo no se limitará a aguantar el sufrimiento, sino que lo asumirá, con Cristo, para combatirlo y transformarlo. Éste es el único sentido, activo, que nosotros creemos poder dar al término aceptación. Si no es así, y por lo que hemos

como el pago reclamado por un Dios vengador». Cfr. REY, B.: *Jésus le Christ*, Paris, Le Centurion, 1988, págs. 85-86. Dufour matiza entonces sintetizando: «Por tanto, es posible hablar de *sacrificio* con la condición de entender con eso la disposición pertinente del diálogo de *éxtasis* que Jesús pide a su discípulo: «Quien pierde su existencia la salva, quien quiere mantener su existencia la pierde... Quien no se niegue a sí mismo no puede ser mi discípulo. Como dice Pablo, ya no somos niños sometidos a la tutela de la ley o de los sacrificios, sino hijos que pueden, por el Espíritu, entablar un diálogo de amor con Dios mismo. Para definir la muerte de Cristo no hay que referirse a los sacrificios del Antiguo Testamento, a no ser para indicar su fin, su desaparición: en Jesucristo el orden cultural ha muerto y cede el puesto al Espíritu». Cfr. LÉON-DUFOUR, X.: *Jesús y Pablo ante la muerte*, Madrid, Cristiandad, 1982, págs. 202-203. Por otra parte, el término *expiación* merece también una aclaración: «El término *expiación* no implica directamente práctica penitencial, ni sufrimiento, ni reparación. Emplear una palabra que ha cambiado radicalmente de sentido es inducir a error, especialmente por el hecho de que sólo se considera la actividad del sujeto que *expía*. Teniendo en cuenta la etimología latina de la palabra, *expiar* es hacer que sea de nuevo grato alguien que había roto conmigo: se trata ante todo de la relación entre dos seres. Para decirlo con pocas palabras: a pesar de una evolución que la expresión ha experimentado, *expiar* los pecados no es sufrir un castigo, aunque se acepte como proporcionado a la falta, es dejarse reconciliar por Dios con una fe activa. Cfr. LÉON DUFUR, X.: *Jesús y Pablo ante la muerte*, o.c., pág. 21. Ver también *Ibidem*, pág. 137, donde rechaza una visión del sufrimiento de Jesús en clave de «*expiación* por los pecados de los hombres sufriendo el castigo reservado por Dios a los pecadores». Vorgrimmler dice también: «Desde esta perspectiva en la que la redención es entendida como victoria a la afirmación amorosa de Dios a la humanidad, las ideas de *expiación* y *sacrificio* son superfluas, y más cuando, quizá a diferencia de los escritos tardíos del Nuevo Testamento, estas ideas ya no son útiles para nuestra comprensión de la fe». Cfr. VORGRIMMLER, H.: *El cristiano ante la muerte*, Barcelona, Herder, 1981, págs. 75-76.

podido comprobar en nuestros países y continentes, esta aceptación del sufrimiento es utilizada a menudo para legitimar situaciones o sistemas de injusticia y de opresión. Debemos velar para que el lenguaje de salvación cristiana no sea utilizado por sociedades represivas, y para que no sirva para ocultar un mal disimulado desprecio del cuerpo humano (según el cual, ¡el sufrimiento del cuerpo sería un bien para el alma!).»

En torno a todo este tema, quizás sería bueno recordar las palabras con las que nuestro amigo Ángel González-Núñez empezaba a escribir el libro que nos regaló su último año de vida: «Antes que el cántaro se rompa». En él decía:

«Hay preguntas que no se plantean para ser contestadas, sino para que ellas interroguen a la persona que las plantea. Le alertarán sobre incertidumbres, incógnitas y misterios que —acompañantes inseparables y huéspedes familiares de la vida de cada día— alberga oficiosamente en su casa. Versan sobre realidades normales y sabidas, como la salud y la enfermedad, el bienestar y el sufrimiento, la satisfacción y la decepción, la esperanza y la desesperanza, el bien y el mal, la vida y la muerte (...). Las preguntas existenciales, vitales y trascendentes no son para ser contestadas, sino para ser vividas. Una respuesta objetiva, universal, definitiva, nadie puede esperarla: sería pretenciosa y vulgar, vana y deshumanizadora. La duda y la pregunta, la incógnita y el misterio, el temor y la esperanza son ingredientes irrenunciables de la vida humana (...). Nos interesa su arte de plantearlas, su talante para asumirlas, su sabiduría para vivirlas con temor y respeto. Es quizá el modo mejor de humanizarlas y de que ellas nos humanicen»³³.

Si por un lado, por tanto, hay que dar más espacio al silencio ante el Misterio del sufrimiento³⁴, por otro, no podemos no iluminar desde el Evangelio la lectura que se hace del mismo incluso al que se encuentra en medio de él. En este sentido, la confrontación tendrá que cumplir con los requisitos propios de la misma: nunca antes de una acogida incondicional del núcleo de la experiencia del sufriente, nunca en forma de juicio, nunca de forma impuesta, nunca para defender ideas o imágenes por encima de la persona, nunca fuera de lugar, nunca con otra intención que no sea la de ayudar a la persona concreta. Aún así, entiendo que es necesaria la confrontación en torno a la imagen de Dios y su relación con el sufrimiento rescatando aquellos elementos que de positivo hay en la persona que vive la relación con Dios de un modo *insano* —permítaseme esta expresión— y confrontando aquellos elementos que proceden más de una religiosidad o una espiritualidad enmohecida que de una fe como adhesión personal a la persona de Jesucristo que vino para que tengamos vida en abundancia (Jn 10, 10).

ORAR

El tercer momento que descubrimos en el proceso de acompañamiento de Jesús camino de Emaús, después de escuchar y acoger la experiencia de los caminantes, y después de confrontarla a la luz de las Escrituras, es el momento en el que se vive mayormente la comunión: «Quédate con nosotros...

33. GONZÁLEZ NÚÑEZ, A.: *Antes que el cántaro se rompa. Sobre la salud, la enfermedad, la muerte y la vida*, Madrid, San Pablo, 1993, págs. 9-11.

34. BERMEJO, J. C.: *Quiero morir. Entrevista a F. de Mateo*, en: *Humanizar*, 1994 (17), pág. 19.

se puso a la mesa con ellos, tomó el pan, pronunció la bendición, lo partió y se lo iba dando» (Lc 24, 29-30). Es el momento de la oración y de la celebración con aquellos a los que ha escuchado y a los que ha acompañado.

Si ante el Misterio del sufrimiento no hay respuesta racional que satisfaga al sufriente³⁵, la cuestión en la relación cambia de enfoque al descubrir que no hay más respuesta que la respuesta dialogal, la respuesta de la experiencia de Dios en medio del sufrimiento, respuesta que necesita mediaciones. Si la mediación privilegiada es el encuentro con el otro («no es bueno que el hombre esté solo. Voy a hacerle una ayuda adecuada» Gn 2, 18), la mediación que permite la relación con Dios es el diálogo directo con Él, el «estar en amistad con Aquel que sabemos nos ama», de modo especial en los momentos de debilidad.

Orar desde las raíces

Una expresión de Camilo de Lellis nos puede invitar a encontrar una pista para el acompañamiento a la relación sana con Dios en medio del sufrimiento. Camilo decía: «Yo no sé en mis oraciones andar por las copas de los árboles»³⁶. Percibo en esta expresión de Camilo un reto para el orante, un reto para acompañar al sufriente a madurar en la fe y a sanar las relaciones con Dios: orar desde las raíces, es decir, desde la verdad de la experiencia, desde el mundo más personal vivido en el dolor.

“ A veces da la impresión de que la oración en el dolor es una edulcoración de la experiencia humana ”

“ El lamento es una forma de vivir de manera personal el momento del sufrimiento y no dejarse aplastar sin más por su peso ”

A veces da la impresión de que la oración en el dolor es una edulcoración de la experiencia humana, un apagamiento de emociones incómodas que la fe no debería consentir. Incluso la fe —cuando se reduce más bien a religiosidad— lleva a experimentar sentimientos de culpa al constatar el propio paisaje emotivo en medio del dolor por experimentarlo agitado, en tempestad.

Varios testimonios recogidos en el libro *Vivir sanamente el sufrimiento* nos invitan a la autenticidad en las relaciones con Dios, a orar desde las raíces, no desde las ramas. Uno de ellos, el de María José, enferma terminal, nos dice:

«El creyente se siente culpable si, en el momento de la enfermedad y la cercanía de la muerte siente miedo; de alguna manera, todos estamos imbuidos de la sensación de que, quien ha tenido una vida cristiana ejemplar, debe morir de una manera ejemplar. Creo que ha llegado el momento de contemplar más a Jesús en Getsemaní: el hombre más coherente de la historia lloró, suplicó, gimió y sudó sangre ante la cercanía de la muerte. ¿Por qué los creyentes tendemos a creer que la muerte es el salto del último listón y que debemos sacar medalla de oro en la superación de este salto? Quien quiera ayu-

35. Cfr. BERMEJO, J. C.: *El cristiano y la enfermedad*, o.c., pág. 22.
36. Cfr. PRONZATO, A.: *Todo corazón para los enfermos. Camilo de Lellis*, Salamanca, Sígueme, 1985, pág. 382.

darnos a morir hoy, debería insistir más en la profunda humanidad de Jesús (...). Tenemos que convencernos de que el miedo y la repugnancia de morir no va a enturbiar una excelente *hoja de servicios*; más: tenemos que olvidarnos de la *hoja de servicios* y convencernos de que Dios nos ama incondicionalmente y todo es gratuidad. Ahí sí que la ayuda puede y debe ser importante para quien va a morir»³⁷.

Y un agente de pastoral, narrando una experiencia personal escribía:

«Me acuerdo de la madre de un chiquillo, que estaba a punto de morir, a la puerta de una habitación de hospital. Parecía una pobre mujer en trance de explotar. Me dirigí a ella y le dije: ¿Tiene ganas de gritar? Ella me respondió: ¿Se puede gritar en un hospital? Le respondí: No, pero tenemos una capilla. Su réplica fue estridente: ¿Y quién tiene necesidad de una capilla? En una capilla hay que mostrarse serenos, agradecidos y devotos; pero yo tengo ganas de gritar y de vocear contra Dios, y decirle: ¿Por qué me haces esto a mí? Entonces le pedí que viniera a mi despacho a gritar su dolor.

Esta mujer me dijo que se había quedado sentada en su coche, helada —era invierno—, en el aparcamiento del hospital, y que había gritado y voceado al mismo Dios... Me parece verdaderamente triste que una mujer debe permanecer en su coche, en un aparcamiento, para gritarle a Dios. Según mi parecer, la capilla sería el lugar más indicado para este fin, supuesto que esa mujer pueda encontrar un sacerdote capaz de comprender todo esto»³⁸.

En el fondo, la clave es la *autenticidad*: que el agente de pastoral consiga establecer con el que sufre una relación auténtica que contagie al sufriente, una relación que se plantee como modelo de comportamiento incluso con Dios mismo. Lejos entonces la actitud de los amigos de Job que invitan a mirarse a sí mismo para liberar a Dios de toda responsabilidad. El lamento —tal y como es vivido por el Salmista— «es una forma de vivir de manera personal el momento del sufrimiento y de no dejarse sin más aplastar por su peso. Job siente la náusea de la vida, que le estruja el corazón y le cierra la boca, pero él grita, protesta, se desahoga con vivacidad combativa y consciente, porque no puede dejar de buscar un interlocutor al que dirigir sus apasionadas preguntas sobre el sentido»³⁹.

Bonora, en un libro sobre Job expone cómo el grito de lamentación no es sólo un quejido o una reacción física, sino una búsqueda de diálogo. El que ora lamentándose busca un interlocutor, un Tú al que comunicar los propios sentimientos y pensamientos. «La oración de lamentación —dice— es buscar un diálogo no sólo con otras personas, sino con Dios mismo. El sufriente, hablando y lamentándose con Dios, busca no sólo liberarse del dolor, sino cómo vivir en el dolor, es decir, cómo dar un sentido al momento que está viviendo. Mientras que el médico reduce todo a cifras, valores matemáticos y fármacos, la oración de lamentación da al sufriente la conciencia de vivir en primera persona, de ser no sólo un cuerpo sufriente, sino una persona dialogante»⁴⁰.

37. BERMEJO, J. C.: *Acompañar al enfermo. Perspectiva pastoral*, en: *Vivir sanamente el sufrimiento*, o.c., pág. 129.

38. Cfr. *Ibidem*, pág. 130.

39. BONORA, A.: *Dio e l'uomo sofferente*, Milano, Paoline, 1990, pág. 54.

40. BONORA, A.: *Giobe: il tormento di credere*, Roma, Gregoriana, 1990, pág. 121.

El mismo autor, en otro momento, escribe:

«La protesta contra el mal no es impaciencia, más aún, es la forma de espera que Dios nos pide: resistir en la lucha incansable contra el mal. Pero la resistencia paciente y confiada de Job se expresa especialmente en su oración, en seguir hablando y dialogando con Dios. Job nos enseña así que la respuesta última al dolor y la muerte no es una actitud heroica o estoica, sino la respuesta absoluta, que es la de la confianza y la esperanza»⁴¹.

Acompañar, pues, a orar desde las raíces, no yéndose por las copas de los árboles.

Rompiendo esquemas. Más allá de la magia

Un artículo publicado hace pocos años en la revista *Iglesia Viva* me ha hecho reflexionar en torno a la oración de petición; en concreto, en torno a la oración en medio de la enfermedad y del sufrimiento. El artículo, titulado *Más allá de la oración de petición*, de Andrés Torres Queiruga, plantea la cuestión de si no ha llegado la hora de mejorar el vehículo donde se expresa lo mejor y más profundo de muchas personas, conservando sus valores y evitando las disfunciones que podemos descubrir.

El autor plantea: «Ante ese Dios que es *Abbá*, es decir, padre que ama sin límite y perdona sin condición, que toma siempre la iniciativa y que «cuando todavía éramos pecadores» (Rm 5, 8) nos entregó a su Hijo, que «hace salir su sol sobre malos y buenos, y llover sobre justos e injustos» (Mt 5, 45), que nos lo ha dado todo y sigue siempre presente y operante en el mundo y en la vida (Jn 5, 17)... ¿tiene sentido la petición? Si nos lo ha dado y nos lo está dando todo, ¿qué puede significar todavía pedirselo?»⁴².

Jesús Burgaleta, desde su experiencia de enfermedad nos ha escrito su testimonio con estas palabras:

«La experiencia más grata que he tenido a lo largo de este año y medio consiste en no haber cambiado ni la experiencia, ni el concepto, ni la relación con Dios. La gran tentación fue volver de la fe a la religión, de la confianza gratuita al interés; de relacionarme con Dios sin esperar nada de él y sin necesitarlo —sólo por amor—, a acudir a él para que te liberara de la prueba o te sacara del pozo.

Tuve que asumir que si mi salud no dependía de Dios, tampoco mi enfermedad. Dios ni me la enviaba ni la quería. Simplemente era algo que estaba ocurriendo en mi vida.

Si ni me había quejado a Dios cuando todo me iba bien, ¿por qué me iba a quejar cuando todo me iba mal? Si yo a Dios no le he pedido nada en mi vida —excepto que su nombre sea santificado, trabajando por su proyecto que es compartir pan y amar hasta ser capaz de perdonar—, ¿por qué le iba a pedir durante la enfermedad?

Por ello, en mi relación con Dios, cuando pretendía verbalizar interiormente alguna oración, la única fórmula que encontraba era la del salmo aquel que dice: «*Señor, ¿qué admirable es tu nombre en toda la tierra!*»⁴³.

Curiosamente no dejo de encontrar testimonios que me sorprenden. Otro teólogo —Turoldo— ha escrito también desde su enfermedad en un reciente libro:

«No creo que sea justo rezar para que Dios me cure. Lo puedo comprender, pero sólo a nivel humano, a nivel de un Job, que todavía se mueve en la oscuridad de su dolor y de su desesperación. Es decir, lo puedo admitir como desahogo necesario, remedio para la angustia. No rezo para que Dios intervenga. Rezo para que Dios me dé la fuerza de soportar el dolor, y para afrontar incluso la muerte con la misma fuerza de Cristo. No rezo para que Dios cambia, rezo para llenarme de Dios y, posiblemente, cambiar yo mismo, es decir, todos juntos, las cosas. Además, si Dios tuviera que intervenir, ¿por qué intervenir sólo para mí, curarme sólo a mí y no curar al niño deformado, al hermano que quizás está en un estado de sufrimiento y desesperación mayor que yo? ¿Por qué Dios tendría que realizar estas preferencias y excepciones? ¿Por qué decir: Dios me ha querido, la bomba no ha caído en mi casa, ¡si resulta que ha caído en la del vecino!? ¿Era quizás un Dios que no quería a mi vecino? Y si interviniera para todos y siempre, ¿no sería esto un determinismo no sólo a nivel físico, sino incluso a nivel moral?»⁴⁴.

Torres Queiruga nos hace ver los inconvenientes de la oración de petición: «Pedir algo a alguien implica dos supuestos fundamentales: informarle —caso que no lo sepa— de una necesidad o deseo y tratar de convencerle para que actúe (lo cual implica también que se cree que puede hacerlo). En el caso de Dios, es obvio que el primer supuesto carece de objeto: lo conoce todo, incluso —hoy lo sabemos muy bien— todos los condicionamientos psicológicos y sociales de tipo inconsciente, que a nosotros se nos escapan de manera irremediable. El peso cae, evidentemente, en el segundo supuesto: se trata de lograr que Dios se decida a hacer algo *porque* nosotros se lo pedimos»⁴⁵.

Pero alguno rápidamente dirá que cuando alguien pide algo no está en primer plano la intención de convencer o de informar al otro. Puede tratarse de un desahogo, de una búsqueda de contacto con Dios, de reconocer la propia indigencia, de proclamar su amor y de agradecer su amparo y su grandeza. Apelaré por tanto a la intención.

Otros nos dirán que dónde queda toda la tradición de la Iglesia y todos los contenidos asociados a fórmulas muy queridas. La respuesta sería que quedan donde estaban, es decir, que cuanto estuviera en sintonía con la fe, con la adhesión personal a Dios Padre se mantiene, aunque se ponga en tela de juicio la oración de petición o su formulación. No faltará quien diga que recurriendo a Jesús mismo encontramos la invitación directa a pedir: «Pedid y recibiréis» (Mt 7, 7; cf. Lc 11, 9; Jn 16, 24); «todo cuanto pidáis con fe en la oración, lo recibiréis» (Mt 21, 22; cf. Mc 11, 24; Jn 14, 13-14; 15, 7.16; 16, 23-26). O se pueden recordar peticiones del propio Jesús: «Padre, si es posible, pase de mí este cáliz» (Mt 26, 39; Mc 14, 36; Lc 22, 42). Aunque un estudio más detallado de la enseñanza y la praxis de Jesús nos muestra que en él predomina la acción de gracias, no podemos prescindir de estos textos. Veremos su contenido de fondo.

41. BONORA, A.: *Giobbe: il tormento di credere*, o.c., pág. 81.

42. TORRES QUEIRUGA, A.: *Más allá de la oración de petición*, en: *Iglesia Viva*, 1991 (152), pág. 164.

43. BURGALETA, J.: *Desde el cáncer. Mi gran tentación: pedir a Dios que me liberara de la prueba*, en: AAVV., *Los pobres nos evangelizan*, Madrid, Nueva Utopía, 1992, pág. 239.

44. Cfr. CONGAR, Y., RAHNER, K. y TUROLDO, D. M.: *Una visitatrice scomoda*, Brescia, Queriniana, 1993, pág. 82.

45. TORRES QUEIRUGA, A.: *Más allá de la oración de petición*, a.c., pág. 167.

En realidad, podemos tener la sensación de estar rompiendo esquemas. Pero quizás sea necesario porque descubrimos que «si desde la enfermedad nos dirigimos a Dios pidiendo, ¿qué pasará si las cosas no salen como habíamos pedido que salieran? ¿Es que Dios no ha escuchado? ¿O no ha querido intervenir? ¿O es que no me conviene el bien que yo pedía? ¡Qué confusión! ¡Qué Dios tan caprichoso el que unas veces sí y otras no! ¿No será que la oración tiene que recobrar el tono de la autenticidad en la relación, es decir, comunicar realmente lo que se siente en actitud de confianza?»⁴⁶.

El escritor británico Lewis, defensor de la oración de petición, en un libro traducido este mismo año y que cuenta ya con cuatro ediciones (*Una pena en observación* que corresponde a la película *Tierras de penumbra*), tras la muerte de su querida esposa Helen, escribe:

«Las imágenes de lo Sagrado se convierten fácilmente en imágenes sagradas, sacrosantas. Mi idea de Dios no es una idea divina. Hay que hacerla añicos una vez y otra. La hace añicos Él mismo. Él es el gran iconoclasta. ¿No podríamos incluso decir que su destrozamiento es una de las señales de su presencia? La encarnación es el ejemplo por excelencia; reduce a ruinas todas las nociones previas que del Mesías pudieran tenerse. Y a la mayoría de la gente le ofenden la Iconoclasia, pero benditos sean aquellos a quienes no les ofende. Lo mismo ocurre con nuestras plegarias privadas»⁴⁷.

Orar desde Dios

Después de un breve paseo por este apasionante camino de nuestra relación con Dios en medio del sufrimiento que tiene sus aplicaciones muy concretas en la relación pastoral con el que sufre, ¿cuál es el punto de llegada? Estamos buscando *claves*; ¿cuál es la clave?

La clave, la *llave* quizás sea que para orar en medio del sufrimiento, como en cualquier otra situación, *no tenemos nosotros la llave*, es decir se trata quizá de *dejarnos penetrar por Dios*; no nosotros acá y Dios allá, que nos observa, nos instruye, nos manda, nos juzga, nos ayuda enviándonos de vez en cuando algún auxilio...

Conservando todo lo que de *vida* hay en la oración de petición, todo lo que de experiencia de profundo encuentro con Dios pueda haber, todo lo que de confesión de la indigencia propia y del confiado acudir al Señor pueda estar impregnada, puede que podamos emprender un camino de mayor autenticidad en nuestras relaciones con Dios. Torres Queiruga, en el ya citado artículo, dice:

«Si queremos expresar nuestra indigencia, expresémosla. Si queremos manifestar nuestra compasión por los que tienen hambre, manifestémosla. Si queremos reconocer nuestra ne-

46. BERMEJO, J. C.: *El cristiano y la enfermedad*, o.c., págs. 38-39.

47. LEWIS, C. S.: *Una pena en observación*, Barcelona, Anagrama, 1994, pág. 91.

cesidad de Dios y de su amparo, reconozcámosla. Si necesitamos quejarnos de la dureza de la vida, quejémonos. Llamemos a las cosas y a los sentimientos por su nombre. Alguien lo dijo magníficamente en un grupo de reflexión sobre esto: ante Dios estamos acostumbrados a quejarnos *pidiendo*, tenemos que aprender a quejarnos *quejándonos*»⁴⁸.

Él mismo insiste que la oración bíblica es mucho más que petición, y que los registros de alabanza, admiración, acción de gracias, confianza y entrega tienen una presencia no menos masiva y con seguridad de mayores quilates en Jesús. Lo fundamental, por tanto, es la *confianza*, no la palabrería que quiera convencer a Dios a base de suplicarle «como los gentiles, pues creen que por su locuacidad serán escuchados» (Mt 6, 7). Cuando Jesús ora pidiendo, lo que parece que últimamente le interesa es la llamada a la confianza plena en Dios, en el *Abbá*.

“ La clave para orar en medio del sufrimiento, es quizás, *dejarnos penetrar por Dios* ”

“ Se trata de aprender no a desear pidiendo, sino a *desear deseando*; no a *pedir por para que*, sino a *dejarse pedir por Dios* ”

Hay que reconocer, con el autor que nos está inspirando, que se está produciendo un progreso que responde a una mayor sensibilidad y coherencia con la fe. De rezar «por la lluvia», se pasa a «rezar por la paz», a «pedir que seamos capaces de...», «que nos dé fuerzas para...». Con todos los respetos a estas expresiones, vemos en ellas un progreso. Un progreso que puede resultar educativo y que podemos traer a la conciencia para educarnos a la verdad de Dios, que es siempre un Dios escondido y presente en quien lo busca.

Soy consciente de mi *tartamudeo* al escribir estas reflexiones, pero también de un camino que preveo de maduración en la fe. Se trata de aprender no a desear pidiendo, sino a *desear deseando*, no a *pedir por para que*, sino a *dejarse pedir por Dios*.

Ante el desconcierto experimentado por quien intenta adentrarse en este mundo, que puede llegar al vértigo de sentir la amenaza de *quedarse sin Dios*, quizá tengamos la tentación de *pedir a Dios que nos enseñe a orar* y quizá tengamos también la posibilidad de *hacer silencio e intentar experimentar su presencia*. Job termina su recorrido relacional con Dios diciendo: «Yo te conocía sólo de oídas, mas ahora te han visto mis ojos» (Jb 42, 5).

48. TORRES QUEIRUGA, A.: *Más allá de la oración de petición*, a.c., pág. 176.

ABORDAJE ÉTICO DEL SUFRIMIENTO EN EL MUNDO SANITARIO

Francisco de Llanos

La experiencia de dolor y sufrimiento que acontece dentro del ámbito sanitario suele plantearnos con frecuencia una serie de problemas cuya intervención por parte de los profesionales puede afectar, para bien o para mal, la dignidad de todos. Un medio importante que nos ayuda en gran medida a preservar la dignidad humana de los enfermos que sufren y de cuantos podemos intervenir en dicho sufrimiento es la reflexión ética; no cabe duda de que el desarrollo del pensamiento ético facilita la tarea de decidir y resolver los problemas asistenciales que pueda plantearnos el sufrimiento.

El abordaje ético del sufrimiento en el mundo sanitario entraña, no obstante, una buena dosis de dificultad si tenemos en cuenta la complejidad de situaciones y puntos de vista que existen al respecto. Hasta podríamos cuestionarnos la autoridad moral de cualquier planteamiento sobre el sufrimiento por parte de quien no lo haya experimentado en sus propias carnes, incluido el mismo profesional sanitario, pues el sufrimiento afecta a lo más íntimo y sagrado de cada persona. Pero ¿quién no ha tenido en su vida una experiencia de sufrimiento más o menos intenso o no ha sido testigo de ella en sus familiares o amigos? Desde esta perspectiva al menos (la de ser testigo del sufrimiento de los enfermos a los que asiste o trata), puede justificar el profesional sanitario el hecho de ensayar las respuestas éticas sobre el sufrimiento.

LA EXPERIENCIA SUFRIENTE

El hombre como ser pático

Al intentar servirnos del significado más común sobre el sufrimiento nos encontramos con la sorpresa de que el término *sufrimiento* no aparece en los tratados de Patología General, tampoco en las abundantes publicaciones del tipo *Conceptos fundamentales de ética...* o *Diccionarios de teología moral...*, etc.; por otra parte, el significado del *dolor* como término correlativo al del sufrimiento, así como su investigación, ha permanecido estancada durante mucho tiempo (Melzack) a pesar del desarrollo que han tenido las clínicas del dolor en estos últimos años y de ser el dolor la realidad cotidiana del enfermo.

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define el dolor como una *sensación y experiencia emocional desagradable que se asocia a una lesión tisular actual o potencial y que es descrita en términos equivalentes a la existencia de dicha lesión*. El sufrimiento es más una respuesta

afectiva negativa al dolor u otros eventos emocionales como son el miedo, la ansiedad, la soledad o la depresión. El concepto del sufrimiento refleja sobre todo una *situación subjetiva de sentirse dañado y humillado corporalmente, como «no poder valerse por un mismo», sentirse hundido y sin ilusión por la vida, como experiencia de preocupaciones y miedo a morir*. Por ello, el sufrimiento no es tanto un añadido a nuestro ser cuanto un elemento o dimensión de la naturaleza humana vivenciada en mayor o menor medida por cada uno a lo largo de la vida; y tal es la magnitud de la coexistencia sufriente del hombre que Paracelso le definió como un ser *pático*.

En busca de ayuda

En nuestro ser pático suele traslucirse un *comportamiento de búsqueda de ayuda* o de petición de auxilio por parte de la persona sufriente. Se trata de un *estado de necesidad*. Y toda necesidad reclama ayuda, preocupación por el otro encaminada a remediar la necesidad; y la ayuda como tal refleja una «elemental actitud de respuesta» que tiene como objetivo remediar la necesidad, es decir, aliviar el sufrimiento.

La «búsqueda de ayuda» en la experiencia sufriente manifiesta a su vez la dimensión social del ser pático; de ahí que el sufrimiento en general, el sufrimiento físico y cualquier tipo de sufrimiento dimensionen sobremanera el valor social de nuestra vida. Consecuentemente, «la necesidad» que se hace presente en nuestra experiencia de sufrimiento buscando ayuda se define más como un *requisito para ser* que como una carencia del ser humano.

Respuesta ética

La respuesta de ayuda o intervención de los sanitarios en la experiencia sufriente no es entonces un plus gracioso o caritativo en el entramado anónimo de las relaciones profesionales. La actuación sanitaria se justifica éticamente en la relación asistencial que tiene por objetivo aliviar el sufrimiento de los enfermos; pues, lo que vincula al mundo sanitario con el enfermo no es la experiencia misma del sufrimiento, aunque ésta nos provoque a una condolencia, sino que dicha vinculación tiene su razón de ser en ayudar a la superación de la experiencia sufriente que resulta indigna para el enfermo y a conseguir así el mejor nivel de salud posible que facilite la autorrealización. Tal objetivo conlleva simultáneamente un estar y seguir junto al que sufre de manera entrañable y misericordiosa.

Es un imperativo de la calidad profesional *desarrollar este éthos de la terapia empática* en el mundo sanitario; pues,

“ De la persona sufriente se trasluce un comportamiento de búsqueda de ayuda, se trata de un estado de necesidad ”

“ La respuesta de ayuda de los profesionales sanitarios se justifica éticamente en la relación asistencial que tiene por objetivo aliviar ”

“ Es un imperativo de la calidad profesional *desarrollar el ethos de la terapia empática* en el mundo sanitario ”

a pesar de los sistemas de previsión social, de su cobertura y de los adelantos técnicos aplicados a la relación asistencial, sucede que tanto *el enfermo como sufriente* como la actitud solícita y ayudadora de muchos profesionales han pasado hoy día a un segundo plano.

Planteamos seguidamente los criterios o principios desde los que tenemos que desarrollar el *ethos* de los sanitarios ante el fenómeno del sufrimiento de los enfermos.

PRINCIPIOS DE ACTUACIÓN

Aliviar el sufrimiento

Hemos adelantado ya que la relación que se establece en el acercamiento del profesional sanitario al dolor de los enfermos consiste fundamentalmente en promocionar, mantener y restablecer la salud, aliviar el sufrimiento y ayudar a una muerte serena cuando la vida no puede ser prolongada con dignidad. Este principio, expresión del comúnmente llamado en bioética *principio de beneficencia*, surge del reconocimiento efectivo de la dignidad de las personas por parte de los profesionales sanitarios que tienen como objetivo aliviar el sufrimiento de los enfermos. De hecho los mismos enfermos suelen destacar la valiosa ayuda que para ellos supone el personal sanitario, tanto por su buen hacer como por la buena calidad de la relación humana que éste les ofrece en muchas ocasiones. Por ello, el beneficio de la relación asistencial, además de aliviar el sufrimiento, se sustancia también en el carácter empático y afectivo que debe comportar de suyo dicha relación.

La ayuda específica que recibe el enfermo en su experiencia de sufrimiento no debe practicarse verticalmente, es decir, desde el *poder de la bata*, sino desde un talante más horizontal; sin que ello signifique naturalmente un intercambio de papeles entre el profesional sanitario y el enfermo. Se trata, por tanto, de una relación interpersonal en la que el beneficio de la misma no deriva sólo en aliviar el sufrimiento del enfermo y su familia sino que *dicho beneficio recae también en los mismos sanitarios* (médicos, enfermos/as, visitantes, etc.), quienes con su contribución y profesionalidad desarrollan a este nivel su propio proceso personal de autorrealización. Así entendido, el principio de beneficencia no es sólo como un *a priori* deontológico del hacer sanitario, aplicado en el caso presente al tema del sufrimiento, sino que debemos considerarlo también como el criterio ético, racional y libremente asumido que expresa igualmente la dignidad personal y profesional de los mismos sanitarios.

Respetar al que sufre

Además de entender el sufrimiento como una situación subjetiva de «sentirse dañado... que busca ayuda» hay que tener en cuenta que su experiencia no es monótona ni unívoca en cada uno de los enfermos con quienes establecemos una relación asistencial. La experiencia sufriente de cada persona está en función de sus creencias, de sus valores, de sus costumbres, de sus actitudes ante la vida, de su ideología y de su capacidad de integrarla en el conjunto de su vida. De ahí que, junto al objetivo global de aliviar el sufrimiento humano, nuestra actuación sanitaria ha de guiarse por un *profundo respeto hacia la persona que sufre y al sentido que pueda tener para ella el sufrimiento*.

La capacidad de autodeterminación del enfermo no se baja por su condición de sufriente; al contrario, es entonces cuando dicha capacidad debe ser más reconocida por la solidaridad social de los profesionales sanitarios respetándola en nuestras actuaciones. Para ello es importante combinar nuestro afán benéfico ante el sufrimiento con lo que determine el propio sujeto, aunque no seamos coincidentes; incluso cuando en alguna ocasión se trate de rechazar intervenciones que nosotros estimamos objetivamente buenas.

Con el fin de combinar estos dos aspectos puede resultar de gran utilidad desarrollar un nivel de información suficiente sobre la bondad o conveniencia de nuestras intervenciones sanitarias, a fin de que *podamos convenir en las decisiones más pertinentes para cada caso de sufrimiento*, dentro de los límites de nuestras competencias y de los deseos del paciente. La conducta informativa, además de ser la mejor estrategia para la colaboración del enfermo en la toma de decisiones relativa a mitigar su experiencia de sufrimiento, significa que la persona humana es *capaz de ser y de decidir por sí misma aun en su experiencia sufriente* dentro del medio sanitario.

Justa administración de los medios

En lo dicho hasta ahora queda manifiesto como punto central que todo planteamiento ético sobre el sufrimiento no ha de tener otro objetivo que salvaguardar la dignidad humana de cuantos viven esta experiencia, y que desde este valor fundamental debe entenderse la intencionalidad benéfica de la práctica sanitaria y la autonomía del propio enfermo para consentir por sí mismo dichas actuaciones sanitarias. Ahora bien, el valor de la dignidad humana de la persona que sufre no sólo abarca su sufrimiento biológico, su incapacidad funcional, su tristeza y angustia y sus preocupaciones (por sentirse inútil, por su familia, por miedo a morir, etc.) sino que abarca también los medios que son necesarios para llevar adelante la vida que nos ha tocado vivir y desarrollarla según decide cada uno.

Este elemento de los *medios necesarios* nos hace recordar la parte social de nuestra vida y, por tanto, la dimensión social de la dignidad humana de cada una de las personas que sufre y también de las personas que prestan la asistencia con la intención de aliviar el sufrimiento. Los *medios necesarios* para mitigar el sufrimiento también nos hacen recordar a los profesionales que nuestras mejores intenciones de neutralizar esa experiencia de los enfermos no tienen siempre correspondencia en los resultados; y esto sucede, aun en los planteamientos más optimistas, no por malevolencia o incompetencia profesional de los sanitarios sino porque la demanda sufriente



«Sobre el principio de justicia, el profesional sanitario debe sentirse urgido preferentemente por los miembros de la sociedad más vulnerables al sufrimiento».

suele desbordar con mucho nuestras respuestas por buenas que sean.

Consecuentemente, la dimensión social de la dignidad de cada enfermo en su experiencia de sufrimiento y el desbordamiento de la demanda sufriente por encima de los *medios necesarios* con que contamos (recursos humanos, competencia profesional, condiciones sociales, recursos económicos, analgésicos, etc.) nos hacen descubrir que no siempre conseguiremos la mejor respuesta a todos y cada uno de los enfermos; y que, aun respetando la autonomía de todos ellos en su determinación ante el sufrimiento, no siempre va a quedar satisfecho su derecho o deseo de atención en la misma medida que cada uno de ellos determine: *la realización de la dignidad humana individual tiene lugar comunitariamente*. Esta situación nos exige una conducta muy responsable y cuidadosa de esos *medios necesarios* con que contamos en el medio sanitario y que se expresa *aplicando el criterio de justicia en la administración de todos los recursos al respecto* (y especialmente de los recursos humanos dado el caso que nos ocupa). Sobre ésta la aplicación del criterio de justicia es coherente añadir que profesional sanitario *debe sentirse urgido preferentemente por los miembros de la sociedad más vulnerables al sufrimiento* por cuanto su dignidad está más amenazada; y la conciencia profesional estaría en entredicho en caso de actuación negligente para con ellos.

ALGUNAS EXIGENCIAS ANTE EL SUFRIMIENTO

A la hora de aplicar los criterios éticos indicados surgen no pocos interrogantes en la conciencia de los profesionales. Las indicaciones médicas especialmente y las demás intervenciones sanitarias no siempre se corresponden con la eficacia terapéutica de aliviar el sufrimiento de los enfermos ni con el respeto debido a la dignidad humana de los mismos; por ello, conocer y manejar las posibilidades y los límites de nues-

tras intervenciones en la experiencia del sufrimiento sigue siendo el reto que tenemos planteado en el mundo sanitario de cara a desarrollar una conducta profesional éticamente buena.

Dado el carácter general de la presente reflexión en torno a la dimensión ética del sufrimiento en el mundo sanitario (pues no hemos descendido a los casos o situaciones concretas como serían, p. ej., los del dolor biológico, psico-social, agudo, crónico o del sufrimiento del enfermo terminal, o del sentido que éste pueda tener para cada uno, etc.) convendría tener en cuenta *algunas* de las exigencias más elementales a la hora de intervenir:

1. Conocer a fondo la experiencia personal de sufrimiento que vivencian todos y cada uno de los enfermos encomendados en nuestro trabajo profesional.
2. Conocer la fisiopatología, conceptos y concomitancias del dolor, es decir, todo el conjunto de implicaciones clínicas, familiares, sociales, económicas, religiosas, etc., que generan el concepto de *dolor total*.
3. Conocer la estrategia terapéutica más adecuada contra el dolor en cada caso, y que sería:
 - Definir los objetivos y sentar las bases de cara a una terapéutica global que tenga en cuenta la dignidad del enfermo y familia en los términos que hemos apuntado más arriba.
 - Establecer un soporte emocional eficaz mediante la comunicación y la empatía.
 - Aplicar los principios y las técnicas especiales en el control del dolor, especialmente en el uso y administración de fármacos, sin olvidar las dimensiones subjetivas del mismo.
 - Tomar las decisiones en el ámbito del equipo interdisciplinar.
4. No enmascarar el sufrimiento humano declarándole inexistente con los calmantes, pastillas y drogas. El sufrimiento es mitigable, pero no inexistente, y menos en el medio sanitario. La conciencia sanitaria no puede caer en esa tram-

pa. El sufrimiento, a pesar de los valiosos adelantos de la analgesia, circula por cada página de la biografía de nuestros enfermos y de nosotros mismos; por ello es el gran desafío ético de nuestro hacer por la salud de todos, y si no, ¿quién no desearía evitar a su prójimo sufrimientos inútiles?

5. Comenzar y desarrollar el tratamiento que sea necesario y que por su naturaleza esté dirigido a mitigar el sufrimiento indignante, especialmente en el caso de los enfermos terminales, aunque su muerte sea o pueda ser acelerada a consecuencia de dicho tratamiento. La actitud de lucha contra el sufrimiento en tal caso busca no sólo aliviar la experiencia sufriente del enfermo sino también su *resocialización* al nivel más íntimo: consigo mismo, con la familia o comunidad y con Dios, si tuviera fe. Bien sabemos que el sufrimiento no es un valor en sí mismo, si bien puede presentarse como *una llave que abre el ánimo a inmensas riquezas*; pues hubo un Hombre que incomprensiblemente fue tenido a la vez por «varón de dolores» y por «liberador de toda lágrima».

BIBLIOGRAFÍA

- BRANTSCHEN, J. B. y otros: *Sufrimiento*, en Fe Cristiana y Sociedad Moderna, págs. 41-46. Ed. S. M., Madrid, 1989.
- SCHIPPERGES, H.: *Salud-Enfermedad-Curación*, en Fe Cristiana y Sociedad Moderna, págs. 108-118. Ed. S. M., Madrid, 1989.
- DESKUR, A.-M.: *El dolor como valor y como fuerza*, en revista *Dolentium Hominum*, n.º 20, pág. 24. Ciudad del Vaticano, 1992.
- DEPARTAMENTO DIOCESANO DE LA PASTORAL DE LA SALUD DE SEVILLA: *Acercamiento al dolor de los enfermos*, págs. 8-11. Sevilla, 1984.
- *El más difícil vivir*, págs. 67-86. Sevilla, 1990.
- FRANKL, V. E.: *El hombre doliente*, págs. 197-269. Ed. Herder, Barcelona, 1990.
- GONZÁLEZ FAUS, J. I.: *Éste es el hombre*. Ed. Sal Terrae, 2.ª edición, Santander, 1980.
- GUILLON, R.: *Problemas éticos en la medicina moderna*, en *Ética y Medicina*, págs. 19-24. Ed. Espasa Calpe (Espasa Universidad), Madrid, 1988.
- RUIZ LÓPEZ, R.: *Tratamiento del dolor*, en revista *Rol de Enfermería*, n.º 178, págs. 77-82, Junio 1993. Barcelona.



**FUNDACION
JUAN CIUDAD**
O.N.G. PARA PROMOCION DE LA SALUD EN EL TERCER MUNDO

HERMANOS DE SAN JUAN DE DIOS

SALUD *para todos*

*La fundación desarrolla su labor humanitaria
con 6.000 camas hospitalarias en África y América Latina*

CONTRIBUYE CON:

- Medicamentos
- Instrumental y
aparataje sanitario
- Alimentos
- Ayuda económica

FUNDACION JUAN CIUDAD - O.N.G.
C/ Herreros de Tejada, 3
28016 MADRID • Telf.: 457 55 03

Banco Santander / Suc. 139 (Madrid) / N.º Cuenta: 13.726

BIBLIOGRAFÍA SOBRE EL SUFRIMIENTO

LIBROS

- ALONSO SCHÖKEL, L.: *Job. Comentario teológico y literario*. Ed. Cristiandad, 1983.
- BERMEJO, J. C.: *El cristiano y la enfermedad*. Centre de Pastoral Litúrgica, 1994.
- BETETA, P.: *Una vista de Dios. El Papa consuela a los que sufren*. Rialp, 1994.
- BOFF, L.: *Pasión de Cristo, Pasión del Mundo*. Sal Terrae, 1980.
- BOSMANS, OH.: *Dios, ¡eres increíble!* Ediciones 29, 1987.
- BOUREAU, F.: *Controla tu propio dolor*. Ed. Mensajero, 1989.
- CABODEVILLA, J. M.: *La impaciencia de Job*. BAC, 1970.
- DE LA CALLE, F.: *Respuesta bíblica al dolor de los hombres*. FAX, 1974.
- CARRETO, C.: *¿Por qué, Señor?* Ed. Paulinas, 1985.
- COLUMBA MARMION: *Sufriendo con Cristo*. D.D.B., 1962.
- CUADRADO, R.: *Dar sentido al sufrimiento*. Edicep, 1993.
- DEPARTAMENTO DE PASTORAL DE LA SALUD: *Los 10 Días del Enfermo en la Iglesia española*. Edice, 1994.
- DEPARTAMENTO DE PASTORAL SANITARIA DE SEVILLA: *Acerca del dolor de los enfermos*. Sevilla, 1984.
- DETHLEFSEN, T. y DAHLKE, R.: *La enfermedad como camino*. Plaza & Janés, 1989.
- EVELY, L.: *Sufrimiento*. Estela, 1968.
- FRAKL, V.: *El hombre doliente*. Herder, 1987.
- *El hombre en busca de sentido*. Herder, 1988.
- GONZÁLEZ FAUS, J. L.: *Acceso a Jesús*. Cap. 5, *Jesús figura del hombre sufriente* (págs. 95-110). Sígueme, 1979.
- GONZÁLEZ NÚÑEZ, A.: *Antes que el cántaro se rompa*. San Pablo, 1993.
- GUTIÉRREZ R.: *Hablar de Dios desde el sufrimiento del inocente*. Sígueme, 1986.
- HÄRING, B.: *La fe, fuente de salud*. Ed. Paulinas, 1986.
- JUAN PABLO II: *Salvifici Doloris*. Carta Apostólica sobre el sentido cristiano del sufrimiento humano. PPC, 1984.
- KITAMORI: *Teología del dolor de Dios*. Sígueme, 1975.
- KÜNG, H.: *Ser cristiano*. Cap. *Superación de lo negativo* (páginas 722-734). Ed. Cristiandad, 1977.
- KOROMPAI, J.: *Dios en la enfermedad*. Studium, 1965.
- LAÍN ENTRALGO, P.: *Enfermedad y pecado*. Toray, 1961.
- LARRAÑAGA, I.: *Del sufrimiento a la paz*. Ed. Paulinas, 1985.
- LEE, E.: *¿Por qué la cruz?* Patmos, 1962.
- LEWIS, C. S.: *El problema del dolor*. Rialp, 1994.
- MARITAIN, J.: *Y Dios permite el mal*. Guadarrama, 1967.
- MARTÍN DESCALZO, J. L.: *Testamento del pájaro solitario*. Verbo Divino, 1991.
- MARTÍN-MORENO, J. M.: *Vivir a tope*. Murcia, 1993.
- MOLTMANN, J.: *El Dios crucificado*. Sígueme, 1977.
- OBISPOS DE PAMPLONA, BILBAO, SAN SEBASTIÁN Y VITORIA: *Al servicio de una vida más humana*. En *Al servicio de la Palabra*, págs. 975-1028. Ega, 1993.
- ODO CASEL: *El misterio de la cruz*. Guadarrama, 1964.
- OLIVERA, A.: *Lo difícil es vivir. El hospital por dentro*. Atenas, 1993.
- OTERO, H.: *Cartas desde la UVI*. Ed. CCS, 1994.
- PADILLA, J.: *El arte cristiano de saber sufrir* (Textos de Pablo VI). México, 1984.
- PAGOLA, J. A.: *Acción pastoral para una nueva evangelización*. Sal Terrae, 1991.
- PANGRAZZI, A.: *¡A Ti grito, Señor! Oraciones desde el sufrimiento*. Sal Terrae, 1988.
- PANGRAZZI, A.: *El mosaico de la misericordia*. Sal Terrae, 1990.
- PANGRAZZI, A.: *¿Por qué a mí? El lenguaje sobre el sufrimiento*. San Pablo, 1994.
- PURROY, M.: *Cuando llega el dolor*. PP. Carmelitas. Santiago de Chile, 1985.
- REGAMEY, P.: *La cruz del cristiano*. Patmos, 1961.
- SCHILLEBEECXX, E.: *Cristo y los cristianos*. Cap. *Recuerdo crítico de la humanidad doliente* (págs. 653-712). Ed. Cristianidad, 1982.
- SÖLLE, D.: *Sufrimiento*. Sígueme, 1978.
- TANQUEREY, A.: *La divinización del sufrimiento*. Patmos, 1960.
- TEILHARD DE CHARDIN: *El medio divino*. Taurus.
- TILLARD, J. M.: *La salvación, misterio de pobreza*. Sígueme, 1968.
- TORRES QUEIRUGA, A.: *Creo en Dios Padre*. Cap. *Dios el anti-mal*. Sal Terrae.
- URS VON BALTHASAR: *El misterio pascual*. En *Mysterium Salutis*, vol. III, tomo II, págs. 143-335. Ed. Cristiandad, 1969.
- VV. AA.: *Teología de la cruz*. Sígueme, 1979.
- VV. AA.: *La sabiduría de la cruz*. Arcea, 1981.
- VV. AA.: *Compasión*. Sal Terrae, 1985.
- VV. AA.: *Sufrimiento*. Fe cristiana y sociedad moderna, n.º 10. S.M., 1989.
- VV. AA.: *El dolor*. Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas, 1992.
- VV. AA.: *Pastoral de la salud. Acompañamiento humano y sacramental*. Dossiers CPL, n.º 69. Centro de Pastoral Litúrgica, 1993.
- VV. AA.: *Vivir sanamente el sufrimiento*. Edice, 1994.
- VARONE, F.: *El dios «sádico»*. *¿Ama Dios el sufrimiento?* Sal Terrae, 1988.
- VELASCO, S.: *Dios no quiere el dolor*. OPE, 1970.
- VICO PEINADO, J.: *Profetas en el dolor*. Ed. Paulinas, 1981.

VICO PEINADO, J.: *Dolor y muerte humana digna. Bioética teológica*. San Pablo, 1995.

WESIACK, W.: *¡Ánimo para la angustia! Actitud creativa ante la enfermedad y las crisis*. Herder, 1995.

REVISTAS

CONCILIUM, n.º 119: *Sufrimiento y fe cristiana*. Nov. 1976.
IMÁGENES DE LA FE, n.º 156: *Dichosos los que sufren*.

IMÁGENES DE LA FE, n.º 188: *La resurrección de Jesús*.

IMÁGENES DE LA FE, n.º 71: *Tu amigo está enfermo*.

LA BIBLIA Y EL MENSAJE, n.º 68 y 69: *El libro de Job*.

PASTORAL MISIONERA, n.º 148: *La enfermedad y la muerte. Tabú del s. XX*.

PASTORAL MISIONERA, n.º 152: *La cruz, esperanza de los desesperados*.

TEOLOGÍA Y CATEQUESIS, n.º 28 (1989): *Vivir la fe desde el dolor*.

VIDA NUEVA, n.º 1581 (mayo 1987): MARTÍN DESCALZO, J. L.: *La visita del ángel del dolor*.

Ofrezca la oportunidad
de suscribirse a

LABOR HOSPITALARIA

Si entre sus amistades hay alguien interesado en Hospitales, su gestión, su problemática humana, pastoral y ética, no dude en ofrecerle la oportunidad de suscribirse.

LABOR HOSPITALARIA

Es una revista útil para:

EL MÉDICO ■ LA ENFERMERA ■ EL ADMINISTRADOR ■ EL GERENTE ■ EL CAPELLÁN
LA RELIGIOSA ■ PARA TODO AQUEL QUE SE OCUPA DEL ENFERMO



Banc Sabadell



Armi

electromedicina

ELECTRONICA
MEDICA

RAYOS X

REPARACIONES

TRASLADOS

MANTENIMIENTO

SERVICIO VENTAS

- Aparatos de Rayos X nuevos y usados debidamente preparados y garantizados.
- Material radiográfico.
- Todo tipo aparatos de electromedicina.

SERVICIO TECNICO

- Mantenimiento general de salas de radiología.
- Reparación de electrocardiógrafos, electroencefalógrafos, bisturís, eléctricos, cuidados intensivos y demás equipos electrónicos.
- Montajes, traslados y reparación de equipos de radiología.
- Presupuestos completos de emplomado y acabados en general de salas de radiología.

Montseny, 11 - Tel. 752 51 42 - Fax 752 52 78 - 08338 Premià de Dalt (Barcelona)

Marca de servicio

ATOM

Diagnóstico Clínico y Biológico

Inmunología • Inmunoensayos • Bioquímica

Microbiología • Industria y Medio Ambiente

Electroforesis • Biología Celular

